



Universidade de Brasília – UnB

Instituto de Ciências Humanas – IH

Departamento de Serviço Social – SER

**José Carlos Ramos dos Reis Filho**

# **A Emenda Constitucional 95 e a Política de Saúde: em defesa do SUS**

**Brasília, 2017**

**José Carlos Ramos dos Reis Filho**

# **A Emenda Constitucional 95 e a Política de Saúde: em defesa do SUS**

Trabalho de conclusão de Curso de graduação apresentado ao departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília, sob orientação da professora Miriam Albuquerque.

**Brasília, 2017**

**José Carlos Ramos dos Reis Filho**

# **A Emenda Constitucional 95 e a Política de Saúde: em defesa do SUS**

**Banca Examinadora**

---

Prof. Miriam Albuquerque

Orientadora  
Universidade de Brasília- UnB

---

Prof. Janaina Lopes do Nascimento Duarte

Examinadora  
Universidade de Brasília – UnB

---

Prof. Lilian dos Reis Souza Santos

Examinadora  
Universidade de Brasília - UnB

**Brasília, 2017**

## **LISTA DE SIGLAS**

Art. – Artigo

CAPs – Caixas de Aposentadoria e Pensão

CF – Constituição Federal

CONFINS – Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social

E.C – Emenda Constitucional

FHC – Fernando Henrique Cardoso

FMI – Fundo Monetário Internacional

IAPs – Instituto de Aposentadoria e Pensão

INPs – Instituto Nacional de previdência social

INSS – Instituto Nacional do Seguro Social

INAMPIs – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

OS - Organizações Sociais

OSCIPS - Organização da Sociedade Civil de Interesse Público

PEC – Proposta de Emenda Constitucional

PIS – Programa de Integração Social

PT – Partido dos Trabalhadores

PSF – Programa de Saúde da família

SAMU – Serviço de atendimento móvel de Urgência

SER – Departamento de Serviço Social

SUS – Sistema Único de Saúde

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

UBS – Unidade Básica de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

## **RESUMO**

O presente trabalho apresenta a Emenda Constitucional 95 e a Política de Saúde: em defesa do SUS. O tema deste estudo contempla a E.C 95 adotada no Brasil em 2016 no Governo Michel Temer, suas influências sobre as políticas sociais nacionais, mais especificamente a política de saúde e suas implicações sobre o direito Social à saúde de qualidade. Apesar da emenda constitucional ser uma referência recorrente nas análises contemporâneas sobre a situação socioeconômica do país, esse tema não tem sido suficientemente discutido. Por isso, o objeto de interesse deste estudo é: a relação entre aspectos da política social e as tentativas de restringir os direitos sociais no contexto nacional, tomando como foco os direitos preconizados pelo sistema único de saúde – SUS- como política social universal. Ciente da relevância da problemática em questão e da importância de se fomentar o aprofundamento do debate em torno das implicações da emenda constitucional 95 sobre as políticas e direitos sociais no país, considera-se esta pesquisa necessária. A escolha do presente tema deve-se ao interesse intelectual e político despertado nas manifestações e ocupações de 2016 em compreender os mecanismos de subtração de direitos sociais, mais especificamente do direito à saúde pública de qualidade no Brasil a partir da emenda constitucional 95. O presente estudo pretende contribuir para a reflexão em torno de artigos e incisos da E.C 95 que demonstram tais implicações. Apesar do tema ser extremamente atual e recorrentemente discutido, alguns aspectos precisam ser bem mais trabalhados como, por exemplo, as conquistas adquiridas, como a implementação do SUS enquanto política social universal, sendo que na contramão aparece tentativas do Governo de enfraquecer e restringir direitos até então adquiridos.

**Palavras chaves:** E.C 95, Direitos Sociais, Políticas Sociais, SUS, Política de Saúde.

## **ABSTRACT**

This paper presents Constitutional Amendment 95 and Health Policy: in defense of SUS. The theme of this study contemplates the E.C 95 adopted in Brazil in 2016 in the Michel Temer Government, its influences on national social policies, more specifically health policy and its implications on the social right to quality health. Although the constitutional amendment is a recurrent reference in contemporary analyzes of the country's socioeconomic situation, this issue has not been sufficiently discussed. Therefore, the object of interest of this study is: the relationship between aspects of social policy and attempts to restrict social rights in the national context, focusing on the rights advocated by the single health system (SUS) as universal social policy. Aware of the relevance of the problem in question and the importance of fostering a deepening of the debate on the implications of constitutional amendment 95 on social policies and rights in the country, this research is considered necessary. The choice of the present theme is due to the intellectual and political interest aroused in the demonstrations and occupations of 2016 in understanding the mechanisms of subtraction of social rights, more specifically of the right to public health of quality in Brazil from the constitutional amendment 95. The present this study aims to contribute to the reflection on articles and parts of EC 95 that demonstrate such implications. Although the theme is extremely current and recurrently discussed, some aspects need to be much more worked up, such as the acquired achievements, such as the implementation of the SUS as a universal social policy, and against the government attempts to weaken and restrict rights until then purchased.

**Key Words:** E.C 95, Social Rights, Social Policies, SUS, Health Policy.

# SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>09</b>
<b>CAPÍTULO 1 – HISTÓRIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS .....</b>	<b>12</b>
<b>1.1 HISTÓRICO DA SAÚDE NO BRASIL.....</b>	<b>12</b>
<b>1.2 O DIREITO A SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL .....</b>	<b>20</b>
<b>1.3 AS FACES DO DIREITO À SAÚDE .....</b>	<b>24</b>
<b>CAPÍTULO 2 – O NEOLIBERALISMO NO CONTEXTO BRASILEIRO E SUAS IMPLICAÇÕES SOBRE O SUS E O DIREITO A SAÚDE .....</b>	<b>28</b>
<b>2.1 O PROJETO NEOLIBERAL EM SEUS PRIMÓRDIOS NO BRASIL: COLLOR E ITAMAR .....</b>	<b>28</b>
<b>2.2 A OFENSIVA NEOLIBERAL COM FHC .....</b>	<b>30</b>
<b>2.3 LULA E DILMA E A CONTINUIDADE DO RETROCESSO NEOLIBERAL.....</b>	<b>33</b>
<b>2.4 MICHEL TEMER .....</b>	<b>38</b>
<b>2.5 CONTEXTO E APLICABILIDADE DA E.C 95 .....</b>	<b>40</b>
<b>CAPÍTULO 3 - A EMENDA CONSTITUCIONAL 95 E A DECADÊNCIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS .....</b>	<b>44</b>
<b>3.1 ENTENDENDO A E.C 95.....</b>	<b>44</b>
<b>3.2 O QUE ESTA POR TRÁS DA E.C? .....</b>	<b>52</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>60</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>65</b>



## INTRODUÇÃO

O presente trabalho está diretamente relacionado a emenda constitucional 95 que cria um teto para os gastos públicos e congela as despesas do Governo Federal, com cifras corrigidas pela inflação, por até 20 anos. Tal emenda foi aprovada em dois turnos pela Câmara antes de chegar ao Senado onde foi aprovada em definitivo pelo Congresso por 53 votos a 16, deixando de ser uma proposta de emenda e passando a ser uma Emenda Constitucional.

Este estudo aponta para respostas das seguintes perguntas de pesquisa: Em que medida a proposta de emenda constitucional 95 representam retrocesso político e administrativo das políticas sociais, especialmente no campo da saúde? Quais os impactos que a E.C 95 causaria as políticas preconizadas pelo SUS?

O objetivo geral deste trabalho pode ser assim definido: analisar os artigos referentes a E.C. 95 e suas influências sobre as políticas sociais nacionais, mais especificamente a política de saúde e suas implicações sobre o direito Social à saúde de qualidade. Assim sendo, os objetivos específicos consiste em: identificar, sistematizar e interpretar a E.C.95; destacar as estratégias e investidas do governo que tenha como objetivo a subtração de direitos; descrever o contexto histórico de construção e implementação do SUS, pontuando as principais características e princípios desse modelo de atenção à saúde.

O referido tema privilegiará uma reflexão crítica, na relação entre a prática da política social e as tentativas do governo Michel Temer em restringir os direitos sociais no contexto nacional, tomando como foco o Sistema Único de Saúde – SUS. Tal pesquisa tem como um modelo de investigação predominantemente teórico, utilizando de material bibliográficos disponíveis em fonte documental específica, produzido por autores de interesse para estudo.

Para Santos (2004, p.61) “o trabalho de pesquisa visando à construção do conhecimento desenvolve-se por etapas, que se constituem num método, num caminho do processo [...] que requer boas doses de trabalho intelectual e braçal”. Esta pesquisa se enquadra na modalidade de monografia, pois trata-se, segundo Marconi e Lakatos (2007, p.237) “de um estudo sobre um tema específico ou particular, com suficiente valor representativo e que obedece a rigorosa metodologia”.

A técnica de pesquisa predominantemente utilizada caracteriza-se, segundo Marconni; lakatos (2007) como pesquisa bibliográfica ou em fontes secundárias, a qual abrangeu parte da bibliografia tornada pública e disponível, referente ao tema de estudo. De acordo com Lakatos & Marconni (1973) tal técnica proporciona formas para definir problemáticas existentes, já conhecidas, como também explorar novas áreas e dimensões destas questões.

A pesquisa bibliográfica, realizada no segundo semestre de 2017, partiu do site [www.scielo.com](http://www.scielo.com), pela internet, sob orientação da professora Miriam Albuquerque; e complementada e atualizada por autores e títulos considerados relevantes, tendo um caráter exploratório e centrada nos seguintes assuntos: E.C 95, direitos sociais, políticas sociais, SUS e política de saúde.

O trabalho de conclusão de curso está dividido em três capítulos, o primeiro discorre sobre o contexto histórico de construção e implementação do sistema único de saúde (SUS), pontuando as principais características e princípios desse modelo de atenção à saúde, tendo como base marco legais como a Constituição Federal de 1988, lei 8080/90 e o livro: o que é o SUS? do autor PAIM, Jairnilson Silva, 2009.

O segundo capítulo contempla o neoliberalismo no contexto brasileiro e suas implicações sobre o SUS e o direito a saúde, onde tem como base a autora BOSCHETTI, no livro: Orçamento da seguridade social e política econômica: perversa alquimia, Serviço Social e Sociedade, 2006. Também os autores MARQUES; MENDES a partir do artigo: SUS e Seguridade Social: em busca do elo perdido. Saúde e sociedade, 2005.<sup>1</sup> Onde trará as implicações dos conflitos entre diferentes ramos da seguridade na tentativa recorrente da equipe econômica em reduzir despesas ou alterar definições do que se entende por ações e serviços de saúde e suas implicações com o neoliberalismo.

Por fim, o último capítulo traz a análise de 3 artigos e da E.C 95, onde parte primeiramente da sua interpretação, na tentativa de responder as perguntas de pesquisa, identificando os mecanismos do governo na subtração do direito à saúde.

A partir dos 2 (dois) artigos, ambos, da autora PINTO, Élide Graziane, 2016 - sendo eles: Novo regime fiscal e a mitigação dos pisos dos custeios da saúde e educação; Novo regime fiscal e a constitucionalização do contingenciamento das despesas primárias obrigatórias, é feito uma análise a respeito de aspectos

---

<sup>1</sup> Disponível: [https://scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0104-12902005000200005&lng=en&nrm=iso](https://scielosp.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-12902005000200005&lng=en&nrm=iso)

constitucionais jurídicos referente a E.C 95, destacando a aplicabilidade da constituição federal de 1988, trazendo a defesa do núcleo de identidade e imutabilidade dos incisos e artigos da constituição e da emenda.

O autor MENDES, Áquilas Nogueira, no seu artigo: A saúde pública brasileira num universo "sem mundo": a austeridade da Emenda Constitucional 95. Fará um paralelo para responder em que medida a E.C 95 representa retrocesso político e administrativo das políticas sociais no campo da saúde? O artigo trará matérias que contribui para compreender a perversidade do capitalismo contemporâneo, sob dominância do capital portador de juros (capital financeiro) e sua crise, em especialmente por meio de seus efeitos sobre os direitos sociais, em destaque para a saúde, pontuando a E.C 95, como a E.C onde os trabalhadores brasileiros serão *“arrancados súbita e violentamente de suas já precárias condições sociais e de saúde, e lançados num futuro de condições ainda piores de preservação da vida e da dignidade humana”* (MENDES, 2016, p. 1).

Ora, o debate está proposto, onde temos um cenário em que de um lado está o governo dizendo: a E.C 95 não prejudica a saúde e a educação, pois seu único objetivo é promover maior realismo orçamentário; e do outro lado, nós temos autores de diferentes artigos publicados na Scielo onde trarão pontos dos quais contradizem os discursos dos defensores e criadores da E.C 95. Com isso, estará sendo destacado e analisado a Emenda Constitucional no que se refere a tentativa de enfraquecer a oferta de política de saúde preconizadas pelo SUS.

## **CAPÍTULO 1**

### **HISTÓRIA DO SUS NO BRASIL**

#### **1.1 HISTORICO DA SAÚDE NO BRASIL**

Falar do Sistema Único de Saúde (SUS) é falar sobre a história das políticas públicas no Brasil, sobre direitos, lutas e conquistas, e ainda, é falar de um dos maiores sistemas públicos do mundo. A partir da Constituição de 1988 o SUS foi criado pela Constituição Federal Brasileira, sendo direito de todos e dever do Estado garantir saúde a toda a população brasileira. Seu início se deu nos anos 70 e 80, quando diversos grupos se engajaram no movimento sanitário, com o objetivo de pensar um sistema público para solucionar os problemas encontrados no atendimento da população defendendo o direito universal à saúde.

Já em 1990 o Congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da Saúde, que detalha o funcionamento do sistema e instituiu os preceitos que seguem até hoje. O SUS completa em 2017 vinte e nove anos em meio a um cenário desafiador para o Estado onde tem que garantir a todos a oferta das ações e serviços de saúde.

O SUS com as configurações que vemos hoje inicia a partir da Constituição Federal de 1988, onde insere a saúde como um direito social fundamental, e torna o Estado responsável por garantir a oferta das ações e serviços de saúde mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Mas, vale a pena voltar algumas décadas atrás, onde nem se cogitava a ideia de se ofertar saúde. Só é possível analisar o SUS comparando com aquilo que existia antes dele.

É preciso saber o que existia antes do SUS para que possamos avaliá-lo, valorizá-lo e aperfeiçoá-lo. Conhecer um pouco da história da organização sanitária no Brasil é importante para compreendermos por que o SUS representa uma conquista do povo brasileiro (PAIM, 2009, p. 20)

Antes do SUS, a organização dos serviços de saúde era bastante confusa e complicada não tendo um compromisso total do poder público sobre a saúde da população, visto ser um ganho cultural para época, assim como uma forma de intervenção e assistência frente a total ausência de um saber médico especializado e institucionalizado.

Em 1500 até o primeiro reinado, nos deparamos com um triste cenário: a população ficava a mercê de curandeiros que exploravam os recursos da terra, como ervas e plantas para realizarem procedimentos voltados a arte da cura (PAIM, 2009).

A saúde era fundamentalmente prestada em centros urbanos e as pessoas das áreas rurais tinham que lidar com as benzedeiras e com a medicina popular que se dispunha naquela época.

A falta de profissionais médicos no Brasil Colônia e no Brasil Império era enorme. Nesse contexto, de acordo com Salles (1971) os Boticários, famosos farmacêuticos, sem nenhuma formação acadêmica, manipulavam fórmulas prescritas pelos médicos, mas raramente esta prescrição era observada, sendo assim, agiam por conta própria.

Com a vinda da família real ao Brasil, no início do século XIX começou-se a pensar em uma estrutura sanitária mínima. E assim, medidas de controle são instauradas no país. Os cuidados com a água, saneamento e combate à propagação de doenças epidêmicas são evidentes nessa época. Uma nova reforma foi efetuada durante o império, voltadas a procedimentos de inspetorias geral de hígienes, da inspetoria geral de saúde dos portos e de um conselho superior de saúde pública. (PAIM, 2009)

A saúde no Brasil começa a ter uma melhora segundo Pinheiros (2008) com a chegada da família real, pois iniciou-se a fundação das universidades de medicina no Brasil, e houve uma melhora da situação sanitária principalmente nos portos, porém longe de ser a ideal.

Diante das epidemias, a ação comunitária se organizava em comissões que se formavam de acordo com cada episódio de saúde relevante ou por intermédio da câmara de vereadores. Entretanto, era centralizado as decisões no governo central quando as situações se complicavam.

Ao fim do império, era rudimentar e centralizada a organização sanitária brasileira, incapaz de responder às epidemias e de assegurar indiscriminadamente a assistência aos doentes. As pessoas que

dispunham de recursos eram cuidadas por médicos particulares, ao passo que os indigentes eram atendidos pelas casas de misericórdia, pela caridade e pela filantropia (PAIM, 2009, p. 20)

Tal aplicabilidade era inadequada, porque para o perfil de necessidades de saúde daquela população naquela época os atendimentos não davam conta do conjunto dos problemas que se insinuavam. O sistema de saúde era também ineficiente pois não usava racionalmente os recursos disponíveis, e ineficaz pois não tinha impacto sobre a situação de saúde da sociedade brasileira.

Netto (1992) argumenta que durante essa fase do capitalismo imperialista (1890 a 1940) houve um aumento no que se refere as contradições referentes à ordem do capital, consequências de causas econômicas, resultando em crises cíclicas, decorrentes da dificuldade de valorização do capital, do grande número de desempregados que se encontravam fora do processo produtivo, devido à alteração da composição orgânica do capital.

Neste processo, observa-se que a organização e luta dos trabalhadores foram determinantes para conquistar e assegurar direitos no final do século XIX e início do XX tencionando o Estado a mudar a sua natureza e o seu papel, incorporando orientações sociais – democratas e assumindo um caráter mais social, através das políticas sociais.

Com a Proclamação da República, a responsabilidade pelas ações de saúde passou a ser atribuída aos Estados. Com isso, na passagem do século XIX para o XX, início da industrialização no Brasil, a saúde despontava como expressão da questão social, ou seja, como um problema que não se restringia ao indivíduo, mas exigia respostas da sociedade e do poder público (PAIM, 2009).

No período da primeira República (1889 – 1930), iniciaram algumas ações sanitárias, como a destruição de cortiços e a translocação da população mais pobre para as periferias, algumas ações pontuais também eram realizadas, como a caça a mosquitos ou em relação a alguma doença específica. (PINHEIRO, 2008).

Tal período foi marcado pelo não reconhecimento do Estado a expressão da questão social enquanto objeto de sua intervenção política, e a saúde era vista como um favor, podendo a sua execução ser eliminada em qualquer momento. As ações de saúde neste período eram restritas a campanhas sanitárias, predominando o modelo do sanitismo campanhista, com objetivo de controlar as endemias e epidemias, através da

vacinação em massa e ações de cunho curativista, sem ter os direitos a saúde garantidos integralmente. (PAIM, 2009).

Esse sistema de saúde brasileiro, portanto, vai sendo gestado ao longo da história do Brasil e muito particularmente a partir da república. O Brasil sobretudo nos últimos anos passou por transformações muito intensas tanto do ponto de vista econômico como político e social.

Foi somente a partir da década de 1920, mais especificamente, em 1923, o Departamento Nacional de Saúde cria a Lei Elói Chaves, e assim surgiam as caixas de aposentadoria e pensões, iniciando de acordo com Pinheiros (2008) a previdência social no Brasil, baseada no recolhimento de parte do salário do funcionário e parte paga pelo empregador.

Logo após o período histórico da primeira republica entra a era Vargas que teve grande importância no processo de desenvolvimento do país. A conjuntura dos anos 30 possibilitou o surgimento de políticas sociais nacionais que respondessem de forma orgânica e sistemática às expressões das questões sociais.

A cidade do Rio de Janeiro, capital do País no ano de 1930, passava por grandes transformações políticas, sociais e econômicas. Vargas o até então presidente, estava implantando no Brasil a industrialização retirando mazelas do passado brasileiro que representava pobreza e atrasos de um enorme país que ainda sobrevivia do setor agrícola.

Como consequência da carência de emprego pela desestruturação da agricultura, muitas pessoas abandonaram o campo rumo a cidade. Essas transformações alcançava outras grandes capitais do Brasil proporcionando ao país um vasto número de pessoas que passavam a viver a margem da pobreza em precárias condições de higiene, saúde e habitação. A questão da saúde precisava ser enfrentada como questão política, que contemplassem os assalariados urbanos em precárias condições (BRAVO, 2002).

A partir de 1933 as CAP's passaram a coexistir com os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's). Os IAP's, segundo Vianna (2000), foram constituídos como entidades autárquicas, vinculadas ao Estado via ministério do Trabalho, sob regime de capitalização – recolhiam fundos, contribuições de empregados e empregadores e proviam benefícios para tais trabalhadores. Até então, no Brasil, as questões relativas ao mundo do trabalho eram tratadas pelo ministério da agricultura, sendo praticamente ignoradas pelo governo.

Com a instauração do ministério do trabalho os problemas da sociedade foram melhor regulados tendo as atribuições do novo ministério o incentivo para geração de empregos, o apoio ao trabalhador, a modernização das relações de trabalho, a política salarial entre outras.

No governo Getúlio Vargas houve maior investimento no saneamento básico, criação do Ministério da Educação e da Saúde Pública e a unificação das caixas de aposentadoria e pensões (CAPs) em Institutos de Aposentadoria e pensões (IAPs), os quais mais tarde no período militar seriam unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Este período ficou conhecido como período previdencialista ocorrido no pós-30, período em que o Estado assume a questão social enquanto elemento de intervenção e a política de saúde, passando a abranger os trabalhadores do mercado formal de trabalho, excluindo, do acesso a saúde, os rurais e os que não tinham um trabalho formal.

A ditadura (1964-1985) trouxe ao Estado mudanças referentes a sociedade civil de forma abrupta e profunda. O Estado tornou estranho à população, anulando o cidadão, tendo um controle e exploração da grande maioria (PAIM, 2009). Utilizou de medidas repressivas- assistenciais, ampliando a política assistencial, burocratizada e modernizada pela máquina estatal, com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar conflitos sociais, legitimar o regime e servir de mecanismo para acumulação de capital.

Uma das principais medidas referente à política assistencial foi o processo de unificação das instituições previdenciárias, com a criação do INPS. A criação do INPS, em 1966, unificou-se os antigos IAP's modernizando a máquina pública, aumentando o poder regulatório sobre a sociedade e desmobilizando as forças políticas estimuladas no período populista, ocorrendo assim, uma reorientação das relações entre classe trabalhadora e Estado.

De acordo com Paim (2009) a saúde pública teve um grande declínio e a medicina previdenciária cresceu, principalmente após 1966. Ocorria uma dicotomia entre saúde pública e a saúde curativa, sendo dada pouca importância às medidas de atenção coletiva. Tudo isto se deu mediante as modificações tecnológicas ocorridas no exterior, assim, o setor saúde teria também que assumir as características capitalistas.

O modelo medico-privatista fortaleceu e favoreceu o setor médico de cunho privado, que era, durante esse período, proveniente de recursos públicos. Tendo do



outro lado, a população, sobre um regime de supressão e perdas de direitos, com baixos salários decorrentes de contenção salarial e concentração de renda (PINHEIROS, 2008).

Mediante a grande insatisfação da população e de grande desgaste do sistema resultou-se em uma verdadeira crise social e política durante este período. Assim, o Estado burocrático- autoritário teve que se recriar. Com isso, trouxe medidas de contenção ao modo repressivo, onde a reativação da política foi essencial para a estratégia do regime, sem alterar o modelo.

A Previdência Social migrou do padrão seguro-saúde para um desenho organizacional típico da Seguridade Social, ocorrendo a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), em 1977 e do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

De acordo com Paim (2009) apesar das modificações a saúde ainda permanecia com os problemas gerados no período anterior como: centralização das decisões financeiras e operacionais no INAMPS.

O INAMPS, por sua vez, era uma autarquia federal vinculada ao Ministério da Previdência e Assistência Social (hoje Ministério da Previdência Social), e foi criado pelo regime militar em 1974 pelo desmembramento do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que hoje é o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). (PAIM, 2009).

O Instituto tinha a finalidade de prestar atendimento médico/dentário aos que contribuía com a previdência social, ou seja, somente aos contribuintes de toda forma e seus dependentes possuíam atendimentos a saúde.

A atuação do Ministério da Saúde, de acordo com Paim (2009) se resumia às atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças, (como, por exemplo, a vacinação) realizadas em caráter universal, e à assistência médico-hospitalar para poucas doenças, servia aos indigentes, sendo destinados a quem não tinha acesso ao atendimento pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

O INAMPS dispunha de estabelecimentos próprios, de hospitais públicos, mas a maior parte do atendimento era realizado pela iniciativa privada. De acordo com Bravo (2002) os convênios estabeleciam a remuneração pelo governo por quantidade de procedimentos realizados. Já os que não tinham a carteira assinada, utilizavam, sobretudo, as Santas Casas, instituições filantrópico-religiosas que amparavam cidadãos necessitados e carentes.

Com o período do regime militar a Saúde Pública no Brasil começou com um processo de mudança que criou as primeiras bases para o surgimento do SUS (Sistema Único de Saúde), na década de 1990. Houve uma redefinição das competências do Ministério da Saúde, agora atuante em formulação da política nacional de saúde, assistência médica ambulatorial, prevenção da saúde, controle sanitário, pesquisas na área da saúde. (PAIM, 2009).

Desta maneira, ele deixava de ser somente um aparato burocrático tornando-se efetivamente um órgão importante na gestão e responsabilidade pela condução das políticas públicas de saúde no país.

A crise do petróleo que abateu a economia brasileira na segunda metade da década de 1970 e no início da década de 1980 trouxe diversos prejuízos, entre os tais, prejuízos financeiros - e políticos - para o INAMPS. A conjuntura da turbulência fiscal do Estado e, sobretudo, da previdência social passou a colaborar com as teses e propostas de desinchaço da máquina pública e, conseqüentemente, da redução da função do Estado como garantidor de políticas sociais, o INAMPS estava incluído nessa perspectiva. De acordo com Waldir Pires, ministro da previdência social no governo Sarney (1985-1990) revela que “*a previdência social era apontada como falida. Diziam, até, os céticos, inadvertidos, ou os que se movem por interesses pessoais e subalternos, que era inviável*”. (CORDEIRO, 1991. P.13).

A retórica da inviabilidade da previdência social e de um sistema de saúde deficitário - advinda dos defensores do neoliberalismo - e exemplificadas nos modelos político-econômicos implantados na Inglaterra. Por isso, o sistema de saúde vigente à época deveria ser privatizado. A discussão não era apenas para privatizar o modelo existente até então no regime militar. Os neoliberais também se oporiam à previsão do SUS na esfera constitucional, durante a Assembleia Constituinte, que resultou na Constituição de 1988, (CORDEIRO, 1991).

Em 1986, durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a saúde foi definida de uma forma mais ampla, sendo então, resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. Segundo Bravo (apud Pereira, 2002) a 8ª Conferência, numa articulação bem diversa das anteriores, contou com a participação de 4.500 pessoas, dentre quais mil delegados. Vale ressaltar que a consignação dessas bandeiras se deu através de tensões e conflitos de interesses.

Dois grupos de forças antagônicas passaram a confrontar-se na Assembleia Constituinte: os grupos privados empresariais prestadores de serviços ou ligados à indústria farmacêutica, de um lado, e os adeptos da reforma Sanitária, de outro lado (BRAVO; PEREIRA, 2002, p.40).

Apesar dos embates e da forte pressão privatista o Movimento Sanitarista<sup>2</sup> conseguiu grande parte de suas reivindicações e bandeiras defendidas atendidas.

Ainda de acordo com Bravo - Pereira (2002) o evento marcou a inflexão nas tendências do debate na área, pois relacionou saúde à sociedade, ampliando as dimensões de seus foros específicos e de seus limites setoriais. O relatório final do evento inspirou o capítulo “Saúde” da Constituição, desdobrando-se, posteriormente, nas leis orgânicas da “Saúde” (leis n. 8.080/90 e n. 8.142/90, que permitiram a implantação do SUS).

Até então antes da Constituição Federal de 1988, o subsistema “saúde” era vinculado ao Instituto de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), e os serviços somente eram assegurados a quem contribuísse, ou seja, não era um direito universal. Diante disso, na época, existiam dois subsistemas de caráter contributivo: saúde e previdência social.

Todavia, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a saúde passou a ser um dever do Estado e um direito de todos, independentemente de contribuição. Nos termos da Constituição, o art. 196 dispõe que:

a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, Constituição Federal, 1988).

---

<sup>2</sup> O movimento da Reforma Sanitária brasileira surgiu na luta contra a ditadura militar, com o tema Saúde e democracia, e consolidou-se na 8ª conferência nacional de saúde, em 1986, anunciando a necessidade de um novo modelo de saúde para o país, relacionado ao conceito ampliado de saúde. Alguns anos antes, em 1983 presenciamos no país o movimento conhecido como “Diretas Já”, considerado um movimento político de reivindicação por eleições presenciais diretas com grandes participações popular e luta pela redemocratização do País.

Trata-se de um direito social que deve ser materializado por todos os entes da federação, mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (art. 196 da CF/1988).

## **1.2 O DIREITO A SAÚDE NA COSTITUIÇÃO FEDERAL E A SEGURIDADE SOCIAL**

Ao contrário dos direitos individuais, que constituem direitos a abstenções do Estado, os direitos sociais são direitos a prestações do Estado, trata-se de um direito subjetivo, impondo a realização de políticas públicas, ou seja, de um conjunto sistematizado de programas de ação governamental para sanar os problemas da sociedade. (LIPPEL, 2006)

A Constituição de 1988 incorpora claramente esse caráter do direito à saúde ao estabelecer, em seu art. 196, que ele será “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” Portanto, o direito à saúde foi constitucionalizado em 1988 como direito público subjetivo a prestações estatais, ao qual corresponde o dever de os Poderes Públicos desenvolverem as políticas que venham garantir esse direito. Tal forma de constitucionalização é o ponto de partida para análise da eficácia e aplicabilidade do direito à saúde.

Nos primeiros artigos da Constituição, mais precisamente, no art. 6º, que abre o capítulo II (‘Dos direitos sociais’) do título II (‘Dos direitos fundamentais’) a saúde consta como um dos direitos sociais previstos constitucionalmente. Além disso, o caput do art. 196, define a saúde como direito de todos e dever do Estado.

Antes de tratar especificamente da saúde é importante observarmos também o capítulo no qual a saúde está inserida na Constituição. Observa-se que a Constituição da República Federativa trouxe em seu texto constitucional um capítulo abordando a Seguridade Social nos seus (artigos 194 a 204), que foi dividida em Previdência Social, Assistência Social e Saúde.

É assim apresentada a Seguridade Social em seu artigo 194 da carta maior:

Art. 194. A Seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Parágrafo único. Compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a Seguridade Social, com base nos seguintes objetivos:

- I -universalidade da cobertura e do atendimento;
  - II -uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;
  - III -seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;
  - IV -irredutibilidade do valor dos benefícios;
  - V -equidade na forma de participação no custeio;
  - VI -diversidade da base de financiamento;
  - VII -caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados.
  - VII -caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados.
- (BRASIL, Constituição Federal, 1988)

A Seguridade Social, apresentada no texto constitucional de 1988, de acordo com SANTANA; SERRANO; PEREIRA (2013) foi fruto de lutas dos movimentos sociais e trabalhadores que reivindicavam a reestruturação do tratamento às políticas sociais, especialmente as políticas de saúde, Previdência e Assistência Social.

No que se refere ao financiamento da Seguridade, no primeiro momento, o custeio da Seguridade Social dos quais envolve tripé assistência, saúde e previdência, seria realizado por contribuições sociais do empregador, dos trabalhadores e sobre as receitas dos concursos de prognósticos. Com as emendas constitucionais que sobrevieram, o custeio foi melhor especificado, passando a ser da seguinte forma, de acordo com o art. 195:

Art. 195. A Seguridade Social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos

provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais:

I - Do empregador, da empresa e da entidade a ela equiparada na forma da lei, incidentes sobre: (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

a) a folha de salários e demais rendimentos do trabalho pagos ou creditados, a qualquer título, à pessoa física que lhe preste serviço, mesmo sem vínculo empregatício; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

b) a receita ou o faturamento; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

c) o lucro; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

II - Do trabalhador e dos demais segurados da previdência social, não incidindo contribuição sobre aposentadoria e pensão concedidas pelo regime geral de previdência social de que trata o art. 201; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

III - sobre a receita de concursos de prognósticos.

IV - Do importador de bens ou serviços do exterior, ou de quem a lei a ele equiparar (BRASIL, Constituição Federal, 1988).

A Seguridade Social, sob o enfoque mundial, tem origem nos modelos *Bismarckiano* e *Beveridgiano*. O modelo *Bismarckiano* foi inaugurado em 1883, com o seguro-doença, evoluindo para abrigar também o seguro contra acidentes de trabalho (1884) e o seguro de invalidez e velhice (1889) (BEVERIDGE, 1943).

O Plano *Beveridge* (1942), por sua vez, era universal e uniforme, tendo cinco pilares: necessidade, doença, ignorância, carência (desamparo) e desemprego. Ele baseava-se numa proteção ampla e duradoura, tanto que Lorde *Beveridge* afirmara que a segurança social deveria ser prestada do berço ao túmulo (BEVERIDGE, 1943; CASTEL, 1998).

De acordo com Boschetti (2006) no Brasil os princípios do modelo bismarckiano predominam na previdência, sendo que os do modelo beveridgiano orientam o atual sistema público de saúde (com exceção do auxílio doença, porque integra ao seguro saúde e regido pelas regras da previdência) e de assistência social, o que faz com que a Seguridade Social brasileira se situe entre o seguro e a assistência social.

Ainda de acordo com Boschetti (2006), um dos meios de estruturação da Seguridade Social é sua organização com base na do seguro social em que acaba sendo um tipo de proteção limitada, garantindo o direito somente os “segurados” e seus dependentes, pois este direito são decorrentes do direito do trabalho. Boschetti (2006) afirma que,

No Brasil, a lógica do seguro estruturou e estabeleceu os critérios de acesso da previdência e da saúde desde a década de 1923 até a Constituição de 1988. O princípio dessa lógica é garantir proteção, às vezes exclusivamente, e às vezes prioritariamente, ao trabalhador e à sua família. É um tipo de proteção limitada, que garante direitos apenas àquele trabalhador que está inserido no mercado de trabalho ou que contribui mensalmente como autônomo ou segurado especial à Seguridade Social. (BOSCHETTI, 2006 p.3)

No Brasil, a proteção social evoluiu de forma semelhante ao plano internacional. Inicialmente foi privada e voluntária, passou para a formação dos primeiros planos mutualistas e, posteriormente, para a intervenção cada vez maior do Estado (BOSCHETTI, 2004).

O marco normativo da Seguridade Social brasileira foi a Lei Eloy Chaves, com uma efetiva produção de leis sociais, visando uma preocupação com a regulação do trabalho. A Lei nº 4.682, intitulada Eloy Chaves, criou nacionalmente as Caixas de Aposentadorias e Pensões para os ferroviários, e atualmente é regida pelas Leis nº 8.080/90 e nº 8.213/91, que criaram, sob a égide da Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Plano de Benefícios da Previdência Social.

Com a Constituição de 1988 houve uma reestruturação e uma nova organização com novos princípios e diretrizes nas políticas de previdência, saúde e assistência social, que passaram a compor o sistema de Seguridade Social brasileiro.

Mesmo com a intenção de compor um sistema amplo de proteção, a Seguridade Social de acordo com Boschetti (2004) acabou se caracterizando como um sistema híbrido, que conjuga direitos derivados e dependentes do trabalho (previdência) com direitos de caráter universal (saúde) e direitos seletivos (assistência).

Este sistema de Seguridade Social que, teoricamente, manteve princípios de universalidade e integralidade na saúde com o sistema único de saúde (SUS), que reorganizou, a partir de 2004, a política de assistência social, tendo como base o

Sistema Único de Assistência Social (SUAS) fortaleceu a lógica de seguro no âmbito da previdência, sobretudo a partir das reformas de 1988. A Seguridade Social brasileira não avançou no sentido de fortalecer a lógica social. Ao contrário, caminhou na direção onde fortalece a lógica do contrato. Isso levou Viana (2000) a caracterizá-la como “americanização perversa” visto que, o sistema resultava em cada vez mais no mau atendimento dos muitos pobres.

Apesar de reconhecer as conquistas da Constituição no campo da Seguridade Social, é impossível deixar de sinalizar seus limites estruturais na ordem capitalista. Tais limites vão de encontro ao desmonte e a desconfiguração dos direitos previstos constitucionalmente (BOSCHETTI e SALVADOR, 2006).

Diversas contrarreformas que vem sendo instaladas através de emendas constitucionais com objetivos de restringir direitos, reduzir valor de benefícios entre outros, abrindo caminho para a expansão de planos privados.

### **1.3 AS FACES DO DIREITO À SAÚDE**

A política de saúde, assim como as demais políticas públicas, está submetida a vários determinantes que envolvem, aspectos políticos, econômicos e sociais, tendo a necessidade de um ordenamento, uma diretriz para sua concretização.

No Brasil, a base legal para a concretização do direito à saúde se deu com a Constituição de 1988, como já foi citado neste trabalho.

O direito à saúde está nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal. Mediante a relevância dos textos constitucionais relativos a saúde, destaco a necessidade de transcrever, na íntegra, os artigos 196 ao 198 da referida Constituição que fala sobre a saúde:

Art. 196: A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197: São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser



feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198: As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I – Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II – Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III – participação da comunidade (na condução e controle do sistema).

§ 1º. O Sistema Único de Saúde será financiado, nos termos do artigo 195, com recursos do orçamento da Seguridade Social, da União, dos Estados, do

Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

§ 2º. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre: [...] (BRASIL, Constituição Federal, 1988)

Pode-se observar um avanço com a promulgação da Constituição de 1988. Pois a Constituição concedeu o direito a saúde assegurando como um direito social, e afirmando ser está um direito de todos e dever do Estado. Tal política não é limitada somente ao acesso as ações de saúde, porém traz consigo também resultados de políticas sociais e econômicas que tem como objetivo a redução de riscos, doenças e outros agravos.

Dentro do texto constitucional, a saúde é estabelecida pelos princípios da universalidade e da igualdade de acesso às condições e serviços que a protegem, recuperam e promovem, sendo os mesmos de relevância pública, tendo a sua sujeição à regulamentação, fiscalização e controle do poder público.

O direito a saúde trará junto com ele, não somente o oferecimento da medicina curativa, porem uma medicina preventiva dependente de uma política social e econômica adequadas e as ações de promoção e recuperação da saúde. Com isso, a saúde passa a ser inserida não de forma isolada, mas com um conceito ampliado, concedendo qualidade de vida, influenciada por diferentes determinantes sociais como:

trabalho, educação, condições de vida dentre outros. Esta conquista aconteceu devido a evolução do pensamento do Estado e das lutas dos trabalhadores, culminando com a emergência do sistema único de saúde (SUS) na Constituição de 1988.

A Constituição Federal de 1988 representou uma profunda modificação no padrão brasileiro de proteção social, consolidando as pressões que já se faziam sentir há mais de uma década. O modelo de Seguridade Social, instaurado na Constituição, passou a estruturar a organização e o formato da proteção social com objetivo de universalizar a cidadania, sendo que os benefícios romperam com princípios restritos e passaram a ter princípios de justiça social ampliando a cobertura do estado na atenção à saúde.

A nova Carta Constitucional de 1988, de acordo com (COHN; ELIAS, 1999) apresentou significativos avanços referentes a proteção social: junto a ela está a universalidade do direito aos benefícios previdenciários a todos os cidadãos, independentemente de serem contribuintes ou não do sistema, uma gestão administrativa descentralizada tendo a participação da comunidade, a uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços e a equidade ao acesso e na forma de participação no custeio. Mediante a todas essas transformações o atual texto constitucional sela não mais um sistema de seguro social, mas de Seguridade Social, tendo um conjunto integrado de ações garantindo o direito a saúde, assistência e a previdência social.

A Seguridade Social é uma forma de avanço da sociedade, sucessora do seguro social, que decorreu do seguro privado, que, por sua vez, evolui a partir dos ideais de proteção social por meio de auxílio, caridade aos necessitados prestados pela comunidade, quando havia recursos para tanto.

A saúde deixou de ser uma assistência médico-hospitalar, curativa ou preventiva. Saúde torna a ser de acordo com Viana (2000) um resultado de políticas públicas do Governo. Passando a ser um direito público subjetivo da pessoa humana.

O sistema único de saúde (SUS) pode ser considerado como uma nova formulação política e organizacional em que trará o reordenamento dos serviços de saúde. Na análise do seu nome, se considera único porque deve seguir a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo o território nacional.

Como forma de regulamentação foi promulgado a lei orgânica da saúde (lei 8080/1990), esta lei dispõe sobre as condições de proteção, promoção e recuperação da saúde e as respectivas competências dos vários níveis de governo, tendo também a lei

8142/1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e as transferências de recursos financeiros na área da saúde e suas normas regulatórias.

Mediante ao que diversos autores afirmam é notório salientar que o SUS precisa ser entendido como um processo que não deu início em 1988 com a Constituição, através de seus princípios e muito menos tem um momento definido para seu término. Este sistema é resultado de propostas que, ao longo de muitos anos vem sendo impulsionado por um movimento que se denominou de reforma sanitária Brasileira que é fruto de lutas dos movimentos sociais.

## **CAPÍTULO 2**

### **O NEOLIBERALISMO NO CONTEXTO BRASILEIRO E SUAS IMPLICAÇÕES SOBRE O SUS E O DIREITO A SAÚDE**

#### **2.1 O PROJETO NEOLIBERAL EM SEUS PRIMÓRDIOS NO BRASIL: COLLOR E ITAMAR FRANCO**

O Brasil é um país que não está no centro do sistema capitalista, mas que, por seu grande parque industrial e produtivo tem grande importância em sua vinculação ao centro do capital mundial (FABER, 2002). Neste sentido, ele abriu suas fronteiras ao neoliberalismo na década de 1990 perpetuando os seus reflexos até nos dias de hoje por meio de políticas que vem com um conjunto de ideias capitalistas, defendendo a não participação do estado na economia, havendo total liberdade de comércio para a garantia do crescimento econômico e o desenvolvimento social de um país.

A política neoliberal resultou em grandes consequências no que se refere a saúde e a questão social no Brasil. Como afirma Ricardo Antunes (2004) o projeto neoliberal trouxe serias consequências para o país, tanto na política quanto socialmente desde que foi implantado pelo governo do ex-presidente da República Fernando Collor de Melo, no início da década de 1990.

Com a instauração do neoliberalismo no Brasil, tem assim um redimensionamento do papel do Estado, através das reformas em setores estratégicos para o capitalismo.

De acordo com Boschetti (2004 p.118) a opção dos governos brasileiros foi oposta às conquistas constitucionais, iniciando um processo de desconstrução do aparato social e administrativo, através de ações *“orientadas pelo favorecimento do capital e pela subordinação aos ajustes exigidos pelas agências internacionais de enxugamento do aparelho do Estado”*.

Assim sendo, o Estado espelha-se em modelo de reformas ditas pela reestruturação do capital internacional, contrariando os direitos conquistados na Constituição, passando as políticas sociais a serem focalizadas, fragmentada e com níveis de financiamento além de suas necessidades.

O então presidente Collor trouxe ao país uma lógica privatista onde se pode observar seus reflexos até nos dias atuais. Collor deu início ao processo de privatizações no país, porém por ter sofrido impeachment em um momento de organização e união de

vários setores da sociedade o então presidente não conseguiu dar prosseguimento ao projeto neoliberal no país.

Collor tinha em seu discurso a promessa de extinguir a inflação, adotando medidas radicais como a abertura do mercado brasileiro à exportação e importação, também reduziu a intervenção estatal em quase todos os setores, em especial no econômico e social. Porém, tais medidas adotadas não alcançou os seus objetivos, não resolveu o problema da inflação nem avançou no processo de desenvolvimento do Brasil. (BOSCHETTI, 2004).

O início do governo Collor em suas primeiras décadas, dará tom a contra-reforma sanitária. Nesse contexto, apontava-se a possibilidade de uma retomada de políticas racionalizadoras pelo novo governo e de um sanitarismo de resultados, capazes de oferecer num período recessivo e marcado pela ideologia neoliberal, uma medicina simplificada para pobres e “descamisados”, excluídos do consumo médico ações de saúde pública de baixo custo e alto impacto (PAIM, 2009).

Considerava-se possível que grupos orgânicos a política racionalizadora poderia aderir ao projeto conservador em saúde, atuando numa faixa paralela à privatização do setor, ainda que utilizando a retórica da Reforma Sanitária.

No pouco período de tempo no governo, Collor de Melo implantou inédita e bruscamente o receituário neoliberal.

O fim do governo Collor no Brasil aconteceu com seu impeachment. O choque foi extremo, ocasionando, em meio ao avanço de uma recessão econômica, reações ideológicas tanto à direita quanto à esquerda política, que terminou levando à interrupção do seu mandato por meio de impeachment.

Com ascensão de Itamar Franco na presidência da República, consequência gerada pelo impedimento de Collor de Mello, em agosto de 1992 e mais tarde com a eleição de Fernando Henrique Cardoso o neoliberalismo foi retomado, estabelecendo entre os anos de 1995 a 2002, o mais longo tempo da aplicação do receituário neoliberal adotado no Brasil.

Mesmo com o impeachment de Collor seu projeto neoliberal se perpetuou com a entrada do seu vice, Itamar Franco, e de Fernando Henrique Cardoso – FHC – dando continuidade, nas palavras de Antunes (2004) ao programa neoliberal.

## 2.2 A OFENSIVA NEOLIBERAL COM FHC

As principais marcas do governo FHC foram a consolidação do Plano Real, iniciado no Governo de seu antecessor, o presidente Itamar Franco, trazendo a reforma do Estado brasileiro, com a privatização de empresas estatais, a criação das agências regulatórias e a mudança da legislação que rege o funcionalismo público, bem como a introdução de programas de transferência de renda como o Bolsa Escola.<sup>3</sup>

FHC em seu governo instalou uma política macroeconômica com estabilidade monetária alcançada pelo plano real (1994) e, mantida a trajetória econômica distante da recessão, fazendo com que o Estado sofresse alterações substanciais.

Com a destituição de parte fundamental do setor produtivo estatal, cresce o avanço da terceirização no interior do governo, e a liberalização comercial e financeira, tendo também a implantação de reformas trabalhista, previdenciária e outras.

A reforma do Estado que foi implementada durante os anos do governo de Fernando Henrique Cardoso (1994-2002), é conhecida como “*reforma gerencial*” tendo como justificativa a crise fiscal, a crise burocrática da administração, a crise de seu modo de intervenção, sendo necessário modificar o formato da gestão, deixando de ser uma administração burocrática e passando a ser gerencial (BRESSER- PEREIRA 1998).

De acordo com Bresser-Pereira (1998) esse modelo de cunho gerencialista não rompeu com o neopatrimonialismo; ao contrário, ela fortaleceu a fragmentação no aparelho do Estado; embora defendesse a descentralização e a ampliação da democracia por meio de uma maior inserção da sociedade, isto não aconteceu. Não tinha a participação efetiva da sociedade nas formulações das políticas públicas e nas suas discursões.

Portanto, a reforma do Estado estimulou no surgimento de um setor público não-estatal chamado de terceiro setor<sup>4</sup>, onde as organizações não governamentais, as entidades filantrópicas, dentre outros, ficariam responsáveis pela execução de serviços sociais de saúde, cultura, educação, dentre outros, em substituição à função do Estado.

---

<sup>3</sup> Plano Diretor Da Reforma do aparelho do Estado – Acessado em 11 de julho de 2017  
<http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/planodiretor/planodiretor.pdf>

<sup>4</sup> Ao contribuir para solapar direitos sociais, o conjunto das organizações do Terceiro Setor contribui também para provocar prejuízos econômicos a enormes parcelas das populações até recentemente reconhecidas pelo estado como portadoras de direitos à informação, educação, saúde, previdência social, trabalho, etc. O que fazem as organizações do Terceiro Setor é agudizar e reforçar a indigência. (MONTAÑO, 2002).

MONTAÑO, Carlos. Terceiro setor e questão social; crítica ao padrão emergente de intervenção social. São Paulo: Cortez, 2002.

O objetivo desta reforma, de acordo com seus ideólogos, era recuperar as finanças, fortalecer a administração de forma eficiente e gerencial, tendo como objetivo superar a administração pública burocrática, havendo uma redução da interferência do Estado e o aumento da governança e governabilidade. (Bravo, 2002)

Com esta gestão no qual traz um projeto econômico e político que facilitou o aprofundamento da doutrina neoliberal e a fortificação da sua instalação no país, trouxe consigo serias consequências sendo o desemprego, a vulnerabilidade social extrema e o endividamento interno.

Segundo Antunes (2004) a implantação de um plano de estabilização monetária como – o plano real – consegue diminuir os índices inflacionários, alcançando o seu objetivo principal, ampliando o poder de compra da população e remodelando os setores econômicos nacionais. Este plano, porém, restabelece também “o projeto burguês” fortalecendo a contrarreforma do estado e desregulamentando a economia e privatizando parte substancial de atribuições públicas.

De acordo com Sader (2003), política e ideologicamente a operação do plano real foi um sucesso, resultando na reeleição de Cardoso, só que social e economicamente houve um desastre, identificado pela perda do poder aquisitivo, renda e direitos da população mais pobre e da classe média.

FHC alcança a estabilidade política, monetária e ideológica tendo um resultado positivo com a sua reeleição, porém as áreas sociais e econômica houve um claro desmonte das políticas públicas com a adoção de medidas privatizantes. O Estado foi redimensionado em suas relações com a sociedade, minimizando suas atribuições no campo social.

A reforma macroeconômica de seu governo excluiu a possibilidade de uma política social pública que tivesse no estado a função democrática – reguladora, com isto acabou por limitar ao mercado em sua inserção naturalmente excludente, visando assim, a prerrogativa de lucratividade. (PORTO, 2001).

O estado se endividou – Sander (2003) calcula que o endividamento passou de 54 bilhões em 1994 para 550 bilhões em 2000 -, ele foi pressionado pelas altas taxas de juros, pela entrada do capital especulativo e consequentemente privatizou grande parte de empresas públicas.

As transformações trazidas pelo governo FHC estão voltadas a figura da expropriação dos direitos dos trabalhadores, em especial ao direito do trabalhador

formal, o desmonte de direitos sociais, como o direito à educação e a saúde, o sucateamento dos serviços públicos e a mercantilização das políticas sociais.

O mandato de FHC foi marcado pela crise internacional do capitalismo atingindo diferentes países negativamente, trouxe assim, uma repercussão negativa para o país, desvalorizando a moeda nacional.

Sobre muita pressão dos segmentos interessados, como setores governamentais, usuários, profissionais da saúde, trabalhadores o congresso aprovou após sete anos de debate a Emenda Constitucional nº 29 (EC 29) em agosto de 2000, a qual pretendia solucionar o comprometimento dos recursos orçamentários nas três esferas de poder extinguindo assim, as incertezas no financiamento a saúde. De acordo com marques e mendes,

Os estados e municípios teriam que destinar no primeiro ano pelo menos 7% dessas receitas para a saúde. Esse percentual deveria aumentar anualmente até atingir, para os estados, 12%, no mínimo, em 2004 e, para os municípios, 15%. Em relação a União, no primeiro ano, deveria ser aplicado pelo menos 5% em relação ao orçamento empenhado do período anterior; para os seguintes, o valor apurado no ano anterior seria corrigido pela variação do PIB nominal. Vale ressaltar que a EC 29 não explicita a origem dos recursos alocados pela união, sendo omissa em relação a Seguridade Social. Essa omissão não considerava a disputa por recursos pelos diferentes ramos da Seguridade. (Marques e Mendes 2005, p.5)

Em relação a política de saúde de acordo com Bravo (2002) houve uma desregulamentação dos preceitos da carta constitucional de 1988, atacando os caracteres universalistas até então garantidos, e retirando a responsabilidade do Estado, deslocando o acesso gratuito e público, para o mercado dos planos de saúde privados.

Como resultado desta política, é possível observar que tem dois projetos em tensão, que são denominados por Bravo (2002) projeto de reforma sanitária, que foi estabelecido nos anos 80, inscrito na Constituição de 1988, tendo como uma de suas estratégias o SUS; o outro projeto está voltado ao mercado ou privatista, hegemônico na segunda década de 1990, este era pautado na política de ajuste neoliberal tendo como objetivo a contenção dos gastos com racionalização da oferta; descentralização com isenção de responsabilidade do poder central e a focalização. Partindo desta perspectiva o interesse do estado está pautado no mínimo àqueles que não podem pagar e o setor



privado atende os demais que têm acesso ao mercado, aos planos privados de saúde (BRAVO, 2002).

Mesmo com a reforma brasileira e a implantação do SUS, as políticas foram permeadas pelo pensamento neoliberal, dificultando a concentração dos princípios do SUS, e ainda impondo enormes desafios a sua consolidação, tendo assim, um retrocesso nos avanços alcançados pela reforma sanitária.

Há um paradoxo em que de um lado, o sistema incorpora reivindicações de movimentos sanitários, como a descentralização, universalização, participação social, do outro lado, não foi capaz de superar a falta de recursos, a qualidade e quantidade de atendimentos, baseados em procedimentos médico-curativistas e na burocratização do setor.

De acordo com (BOSCHETTI e SALVADOR, 2006) a política de saúde teve um grande impacto negativo em seus princípios e diretrizes, ao não ofertar com eficiência, eficácia e qualidade seus serviços, consequentemente operando com um financiamento regressivo – penalizando a população mais pobre e que não pode acessar ao mercado privado.

O SUS, enquanto política de saúde inovadora, encontrou obstáculos reais à sua consolidação, desde o seu advento até os dias atuais, é notório observar o sucateamento do setor público com desmonte dos direitos sociais conquistados.

Segundo os autores Marques e Mendes (2005) nos anos seguintes do governo FHC, os problemas relacionados aos financiamentos da saúde aumentaram, por conta da diminuição dos investimentos governamentais e a “geração de superávits” no orçamento da Seguridade. Os recursos considerados “excedentes” financiaram gastos alheios à área de proteção social ou foram contabilizados no cálculo do superávit primário.

Durante a gestão FHC poucos avanços foram conquistados na área da saúde, sendo que esses poucos só foram possíveis com forte pressão e mobilização da sociedade. O governo neoliberal FHC significou um período de retrocesso para a política de saúde, no que diz respeito a ampliação da universalidade proposta.

### **2.3 LULA E DILMA E A CONTINUIDADE DO RETROCESSO NEOLIBERAL**

A eleição de Luiz Inácio Lula da Silva em 2002 (sendo reeleito em 2006) fez com que gerasse uma expectativa positiva na população brasileira principalmente setores mais pobres. Em seus discursos levantava bandeiras de esquerda, com a

promessa de que seu governo promoveria amplas e irrestritas mudanças no campo social, econômico e político, o que não concretizou plenamente, porém permitiu produzir resultados inéditos em termos de expansão econômica e justiça social, cuja redução da pobreza e da desigualdade de renda forma expressão inegável no Brasil.

Segundo Sader (2003), a maior preocupação dos organismos internacionais com a vitória de Lula foi saber se seu governo terminaria o trabalho começado por FHC e continuaria com as “reformas”, mesmo tendo sido eleito contra o modelo neoliberal. Porém Lula, iniciando sua gestão em janeiro de 2003, buscou desde o início conseguir a aprovação e confiança dos mercados e dos organismos internacionais, para ganhar credibilidade e apoio de grupos hegemônicos nacionais e internacionais. Sua gestão tem sido considerada por muitos autores, entre eles Boito Jr (2003), de continuidade da estabilidade do Governo anterior, e uma balança comercial crescentemente superavitária.

O governo de Luiz Inácio Lula da Silva teve forte influência neoliberal na governabilidade do poder da ordem burguesa. Assim sendo, o Partido dos Trabalhadores (PT) não tinha uma maioria política de esquerda, porém era influenciado por outros partidos liberais. De acordo com Giovanni Alves (2016) o governo e a popularidade de Lula e Dilma perdeu a oportunidade para acumular forças tanto políticas quanto sociais na situação de crise econômica, pois se recusaram a pautar na sociedade brasileira a necessidade de reformas.

Lula deu continuidade às medidas econômicas adotadas no governo de FHC, tendo a austeridade fiscal como medida prioritária do governo e adotou ao máximo as recomendações do FMI e Banco Mundial no que se refere ao corte nos gastos e conquistas do superávit primário, cujo saldo advém da diminuição de investimentos em políticas sócias para conseguir ter crédito monetário junto aos organismos financeiros internacionais. Contudo, a garantia do sistema de saúde público e universal permaneceu na contramão do que ditam esses organismos. (ESCORSIM, 2015).

O financiamento da saúde no governo Lula configurou como um campo de disputa e de entraves. O fundo de combate e erradicação da pobreza, destinado a alimentação, nutrição e saneamento básico, permaneceu sendo incluído como ação de saúde. Segundo Escorsim, 2015 a saúde descumpriu a emenda constitucional 29, por não elevar o financiamento da saúde tal como previsto.

A saúde deixou de contar com os recursos destinados aquele fundo e sofreu o descumprimento de EC 29 pela união, na lei de diretrizes orçamentárias para o ano de 2004, por não elevar o financiamento da saúde tal como previsto. Uma consideração importante realizada por Marques e Mendes (2005) disse respeito ao procedimento aberto aos Estados e municípios considerarem como despesas com saúde outros gastos governamentais que não se referem às ações típicas de saúde, alocando os recursos desta área para seus interesses. (ESCORSIM, Pag. 9, 2015).

Em 2003 com a aprovação da lei 10.777, os encargos previdenciários da união, os serviços da dívida ativa e a parcela das despesas do ministério financiada com recursos do fundo de combate e erradicação da pobreza passaram a não fazer mais parte das ações e serviços públicos de saúde.

Depois de um grande período onde houve uma estagnação da economia o governo Lula experimentou um grande crescimento, beneficiado pelo movimento global do capitalismo até 2008, ano em que a crise internacional foi desencadeada pelo estouro do mercado imobiliário norte-americano, numa grave configuração de aquecimento do mercado com uma super oferta de créditos financeiros. Ainda assim, o Brasil não foi abruptamente atingido pela crise do capitalismo, tendo em vista o cumprimento da cartilha econômica realizada pelo governo de Lula junto aos credores internacionais. (ESCORSIM, 2015).

Durante o período em que Lula esteve na direção do país, sua agenda governamental para a saúde, segundo Escorsim (2015), contou com quatro principais programas: a estratégia de saúde da família intensificando as atenções básicas nos territórios referenciados, o Brasil sorridente o qual pretendeu ampliar a saúde bucal com procedimentos preventivos e de complexidades, o SAMU com o atendimento móvel para as urgências e emergências em domicílio e o farmácia popular que previu o acesso da população a medicamentos com preço mais baixos. Contudo, em 2005, as farmácias privadas receberam autorização para operar o programa, caracterizando a parceria público – privada, Lula conseguiu eleger Dilma Rousseff devido a sua popularidade sucedendo as suas políticas de governo.

A presidenta começou seu mandato em 01 de janeiro após derrotar o candidato do PSDB, José Serra, nas eleições de 2010; passa por sua reeleição em 2014, que

garantiu-lhe o direito a um segundo mandato eletivo presidencial em 1 de janeiro de 2015 e termina com seu impeachment em 31 de agosto 2016.

Um dos maiores desafios enfrentados durante este governo frente à manutenção dos princípios do SUS foi o crescimento de modelos de gestão privatizantes, tais como: as organizações sociais (OS), organização da sociedade civil de interesse público (OSCIPs) e as fundações Estatais de direito privado, modelos que já vinham sendo propostos nos governos anteriores com a subordinação desta política pública aos ditames macroeconômicos do capital.

Um dos exemplos desse processo se deu com a autorização da lei nº 1.749/2011 que autorizou a empresa brasileira de serviços hospitalares (EBSERH). Tal empresa tem uma natureza jurídica de uma empresa pública de direito privado, vinculada ao ministério da educação, criada para estruturar os hospitais universitários federais. A empresa tem como finalidade implantar a lógica de mercado, tendo uma previsão de rotatividade de pessoal e a regressão da autonomia universitária (BRAVO, 2002).

As promessas de campanha do governo Dilma estariam voltadas ao lançamento em 2011, da segunda edição do programa de aceleração do crescimento (PAC 2) na área da saúde, prevendo a construção e reforma da unidade básica de saúde (UBS), unidade de pronto atendimento (UPA) e ações de saneamento nos municípios. (ESCORSIM, 2015).

Em julho de 2013, o Governo Dilma lançou o programa Mais Médicos, criado para suprir a carência de médicos nos municípios do interior e nas periferias das grandes cidades do Brasil, o governo criou o programa mais medico, o qual destinou-se a ampliar a atenção básica, fixando médicos em regiões onde havia a carência ou inexistência desses profissionais.

Foram trazidos médicos de Cuba, os quais enfrentaram as resistências e a crítica das entidades de classe brasileiras como o Conselho Federal de Medicina, a federação nacional dos médicos e a associação medica Brasileira.

Em relação ao programa Mais Médicos, Irene Abramovich, presidente da Associação dos Médicos do Hospital das Clínicas de São Paulo, disse: "*Não falta médico, falta hospital e infraestrutura*". As mudanças causadas pela alterações governamentais colocam em risco a saúde da população "*as mudanças [propostas pelo*

*governo] colocam em risco a saúde da população, especialmente de quem utiliza o SUS” diz Márcia Rosa, presidente do CREMERJ (Conselho Regional de Medicina) <sup>5</sup>.*

Apesar da crítica das entidades médicas, o programa Mais Médicos teve apoio da maior parte da população. Segundo pesquisa do Instituto MDA, encomendada pela Confederação Nacional do Transporte e realizada em setembro, 73,9% da população é a favor da vinda de médicos estrangeiros ao país.<sup>6</sup>

O governo de Dilma ampliou o programa medicamentoso com o programa “aqui tem farmácia popular” ofertando medicamentos para diabetes e hipertensão, porém, mantendo as parcerias com as farmácias privadas.

De acordo com Escorsim (2015) mesmo que o governo registre algumas ações bem-sucedidas na prevenção de doenças, estas apresentam um caráter pontual e seletivo, no atendimento a segmentos afetados diretamente no risco em saúde, o que contradiz a proposta de universalidade, integralidade e equidade prescrita nos princípios do SUS.

No último mandato de Dilma Rousseff a mídia teve grande influência no processo de formação da opinião da sociedade. De acordo com o Giovanni Alves a inserção da mídia tem forte influência no processo de formar opiniões e manipular a opinião pública, neste sentido acaba por forçar setores do Estado como STF (Supremo Tribunal Federal), MPF (Ministério Público Federal), e setores do poder judiciário, dando legitimidade judicial e jurídica, sendo este o jogo da geopolítica articulando poder e dinheiro entre os meios.

Ainda existem várias críticas referentes ao governo de Lula e sua sucessora Dilma, muitos podem achar que faltou aprofundar em algumas áreas chave, porém é difícil não reconhecer todos os avanços dos 13 anos que terminaram com mais um golpe.

O Brasil, em pleno século XXI, ainda tem muito o que melhorar no que se refere as contradições sociais que caracterizam o nosso tempo histórico. Robert Kurz intitula o Brasil como um país capitalista, denominando como “capitalismo catastrófico”, sendo incapaz de atender as demandas sociais que surgem e que ainda irão surgir, desta forma um país longe de atender as demandas civilizatórias.

---

<sup>5</sup> <https://acordocoletivo.org/2017/04/28/governo-dilma-rousseff/>

<sup>6</sup> <http://noticias.bol.uol.com.br/ultimas-noticias/ciencia/2013/09/10/74-da-populacao-e-favoravel-a-vinda-de-medicos-estrangeiros-diz-pesquisa.htm>

## 2.4 MICHEL TEMER

O neoliberalismo no Brasil entrou por vias eleitorais e, justamente por isso, teve um processo de aplicação mais tímido do que em outros países. A memória de um regime militar e toda luta conquistada e defendida na Constituição de 1988 ainda estavam muito recentes durante o governo Collor e FHC para que fossem destruídos os pilares básicos da Constituição. Teve muitas tentativas, porém os instrumentos não foram destruídos.

Com a vitória de Luiz Inácio Lula da Silva, em 2002, houve um processo inclusivo sendo que os instrumentos foram utilizados para promover, pela primeira vez, um o crescimento de políticas sociais e a inclusão da sociedade em políticas públicas estatais.

A partir do golpe antidemocrático de agosto de 2016 o receituário neoliberal voltou a ter centralidade na condução das políticas públicas do governo federal, havendo diversas reformas entre elas a previdenciária e trabalhista.

Com a concretização do golpe judiciário-parlamentar que interrompeu o governo Dilma, que havia sido reeleita nas eleições presidenciais de 2014, dar-se continuidade ao receituário neoliberal no Brasil.

Com Michel Temer no poder e no exercício da presidência da república, observa-se a caracterização de receituários depredador do papel do Estado, especialmente das políticas sociais.

Muitos interesses levaram ao golpe político que destituiu Dilma Rousseff do poder. Rossi e Mello (2017) caracteriza o desmonte da presidenta em dois fatores, de um lado, membros da classe política inconformados com a resistência ou incapacidade da presidenta eleita em atuar para salva-los da operação Lava Jato. De outro, tem o interesse em torno do projeto econômico neoliberal, fortalecidos pela crise econômica e por um sentimento de insatisfação generalizado.

Temer assumiu a presidência com o intuito de atender a dois grupos de interesses, governando não para o povo como um todo, mas para uma minoria que se beneficiaria de políticas econômicas neoliberais. Assim, de acordo com Pedro Rossi e Guilherme Mello (2017) em um acordo frágil as elites golpistas aceitaram o “desmonte do estado social” e o “Estado indutor do crescimento”.

A primeira grande alteração do governo e que vai diretamente ao tema deste trabalho é a implantação da EC 95 (teto declinante dos gastos), que promoveu uma

redução dos mínimos constitucionais de saúde e educação e irá impor diversos cortes nas despesas sociais.

A iniciativa tem como objetivo modificar a Constituição proposta pelo Governo, com objetivo de congelar por até 20 anos gastos sociais, tendo a possibilidade de ser revisado depois dos dez anos, com a finalidade de frear a trajetória de crescimento dos gastos públicos e tentar equilibrar as contas públicas. A medida irá valer para os três Poderes – Executivo, Legislativo e Judiciário, sendo que pela proposta atual, os limites em saúde e educação só começarão a valer em 2018.<sup>7</sup>

A segunda reforma que é apresentada por Temer é a da Previdência, a qual propõe um conjunto de mudanças nas regras do sistema previdenciário, com destaque para o aumento do mínimo de contribuição de 15 para 25 anos e dos 49 anos de trabalho para usufruir o benefício pleno. Segundo Pedro Rossi e Guilherme Mello (2017) considera tal medida como “hipócrita”, pois esconde o seu verdadeiro objetivo que ainda segundo os autores seu objetivo é justamente quebrar a previdência social e ampliar o espaço de atuação dos fundos privados de previdência.

O ataque sobre os direitos dos trabalhadores não se limita, porém, com a proposta de reforma previdenciária. O governo recentemente aprovou no senado a reforma trabalhista, que reduz diversos direitos, avançando na terceirização (hoje limitada aos serviços intermediários) e garantindo protagonismo da negociação direta entre empresários e trabalhadores sobre a legislação.

A linha de decisões a partir de orientação neoliberal no governo Temer, como aprovações de reformas das quais atendem ao interesse da elite brasileira, em um momento recessivo como atual, com elevadas taxas de desemprego, a conclusão é que tais reformas devem precarizar ainda mais o mercado de trabalho brasileiro, ampliando o recuo do salário real.

O presidente Temer também sancionou a Lei que Reforma o Ensino médio. O texto estabelece a segmentação de disciplinas de acordo com áreas do conhecimento e a implementação gradual do ensino integral.

Desta forma, as proposições de reformas no Estado brasileiro (gasto público, previdência social, ensino médio) retomam o sentido da contração do setor público, conforme estabelecido no primeiro governo presidencial (1990 – 1992) e no segundo (1995 – 2002) onde a implementação do neoliberalismo foi instalado. Destes dois

---

<sup>7</sup> [https://brasil.elpais.com/brasil/2016/10/10/politica/1476125574\\_221053.html](https://brasil.elpais.com/brasil/2016/10/10/politica/1476125574_221053.html)

períodos de tempo, o governo Temer parece se assemelhar mais à truculência da época do presidente Collor de Melo, isso porque as medidas neoliberais transcorrem em meio ao avanço da recessão econômica, com o inédito agravamento da questão social.

## **2.5 O CONTEXTO E A APLICABILIDADE DA E.C 95**

Diante do aprofundamento da crise e do aparecimento das medidas neoliberais, observa-se uma nova modalidade ofensiva do capital global contra o mundo social aumentando em amplitude e intensidade a degradação da pessoa humana com o passar do tempo.

Em 2016 o Brasil ficou diante de um cenário de crise nacional, onde foi consagrada uma nova agenda neoliberal com parâmetros que podem ocasionar na redução de direitos. Entre essas medidas principais, embora não exclusiva, seria a aprovação da PEC 241 (câmara dos deputados) que logo se transformou em PEC 55 (senado federal) e que por fim tornou E.C 95, onde torna a peça principal do choque neoliberal no Brasil (ALVES, 2016).

Tal emenda constitucional de acordo com Giovanni Alves (2016) tem que ser observada como parte do movimento da totalidade concreta da crise do capitalismo brasileiro, intitulado o novo regime fiscal como um elemento de reação burguesa.

É preciso ver como parte do movimento da totalidade concreta da crise do capitalismo brasileiro, crise compositiva da crise do capitalismo global do qual o Brasil é uma província privilegiada. Diante das contradições do capitalismo brasileiro predominantemente financeirizado, a disputa pelo Orçamento público tornou-se expressão-mor da luta de classes. Por isso, o novo regime fiscal no Brasil é um elemento de reação burguesa que se vincula ao quadro histórico mais amplo de predação global do capital financeiro contra o fundo público (ALVES, 2006) .

Com isso, foram montando estratégias para aplicar o novo regime sendo que tais processo se deram através do meio econômico. O processo econômico do Brasil tem em sua ofensiva neoliberal o EUA que tem como objetivo reorganizar seu sistema de poder no norte da África, Oriente médio e América do Sul, tendo um dos principais interesses



da reação neoliberal os geopolíticos dos EUA, que é o guardião da ordem financeira global (ALVES, 2016).

Neste sentido, fazendo uma breve síntese do que já foi discutido, observa-se que a partir da crise de 2008 e mediante um cenário internacional de conflitos os EUA tinham como objetivo combater em sua essência as ameaças à hegemonia norte-americana. Assim sendo, o foco seria derrubar governos progressistas na América do Sul, principalmente do Brasil, utilizando de ferramentas da reação burguesa o judiciário e o Congresso Nacional onde daria legitimidade ao golpe.

Essa tática golpista e bem articulada entre os congressistas, utiliza o Congresso Nacional e o Judiciário como meios e ferramentas principais da burguesia, onde colocaram em prática em 2016, no Brasil. Quando se financia uma política em que o cenário no Congresso Nacional é a maioria da direita, acaba por dar legitimidade político-parlamentar ao golpe.

O golpe de 2016 muito se assemelha com as falácias neoliberal do governo Collor já aqui tratado, pois o golpe de 2016 vem com propostas aparentemente milagrosas dos problemas até então existentes, porém por trás tem interesses privados e individuais.

Giovanni Alves (2016) caracteriza o golpe de 2016 como uma “*reafirmação da pulsão golpista que caracteriza nosso capitalismo de via prussiana-colonial, capitalismo colonial-escravista permeado de resoluções passivas e contrarreformas neoliberais*” (ALVES, PAG. 5 2016). Tal golpe vai se modernizando com o passar do tempo, assim sendo, utiliza de meios inovadores para aceitação do que é imposto e proposto pelos neoliberais.

O governo Michel Temer com uma grande força liberal conservadora, juntamente com o fascismo social tende a estratificar os direitos sociais, com o apoio do parlamento neoliberal para operar nas reformas de base do capital. A PEC 55, e que mais tarde tornou a E.C 95, vem como uma ferramenta principal no que se refere a retirada de direitos do povo Brasileiro.

A implantação do Estado neoliberal na década de 1990 a partir das reformas de bases do governo Collor, Itamar e FHC não foram alterados em seu núcleo orgânico, pelos governos sucessores do PT (2003-2016) (ALVES, 2016). Como já foi desenvolvido neste trabalho, o governo neodesenvolvimentistas não romperam com o Estado neoliberal, porém esses governos tinham como objetivos a inclusão social, com

isso traziam prioridades nos gastos públicos voltados à programas sociais, focando nos pobres e transferências de rendas, tendo o Estado neoliberal como núcleo do poder.

Enfim, acabaram perdendo a oportunidade de acumular forças sociais e políticas, temendo a perda da popularidade e da governabilidade, o que ironicamente acabou perdendo o poder através do golpe.

Em um processo que se está diante de uma crise econômica capitalista e acirramento de conflito distributivo, as forças sociais que estão no poder e que se recusam a fazer a luta de classes e pautar as reformas de base, estão propícias a sofrer a contrarreforma (ALVES, 2016). Quando não consegue extinguir o sistema do capital, que está atrelado ao poder do Estado político- oligárquico, há uma tragédia histórica na social democracia, resultante de ordem burguesas. Foi o que aconteceu no Brasil.

Os governos de coalizão de Lula e Dilma libertaram as forças onde muitas estavam alimentadas pelas profundas misérias espiritual das massas despolitizadas, tendo um destaque para as camadas médias urbanas. (ALVES, 2016). Essas massas onde envolve a sociedade civil e a sociedade política neoliberal, compõe o Estado neoliberal ampliado, onde acabaram por devorar o governo até então populista.

Portanto, é de extrema importância entender a E.C 95 no contexto mais amplificado do processo histórico. Tal emenda constitucional está atrelada a reação neoliberal no Brasil, onde está como uma das ferramentas principais dos liberais burgueses que tomaram o palácio do planalto. Esta E.C tem como objetivos, partindo da Constituição Federal, a espoliação do fundo público pelo capital financeiro. Ao lado da reforma da previdência, que deve ocorrer logo a seguir, e da reforma trabalhista, dando abertura para o mercado das privatizações. A legislação a favor da terceirização utilizara dos meios para a aplicabilidade das restrições dos direitos, sendo assim, usara a E.C do Teto dos Gastos Públicos como eixo principal da contrarreforma do capitalismo brasileiro.

Mediante ao processo histórico vivenciado no Brasil, pode se deduzir que E.C 95 é uma das emenda constitucional mais maléfica jamais vista na história do Brasil. Um dos motivos está em sua base fundante onde congela por vinte anos o gasto público no país, tendo como parte desses cortes e congelamentos os serviços de saúde, educação, segurança pública e infraestrutura.

Nesse sentido, o que se pode esperar de um País onde as principais atividades estão atreladas a uma restrição e congelamentos da oferta dos serviços? será um País

mais desigual e injusto do que tem sido, podendo colocar em risco até mesmo a própria coesão social da nação.

O Brasil se integrou a mundialização do capital na década de 1990, assim sendo a constituição de 1988 traz em si contradições entre direitos sociais, previdenciários e trabalhistas, tendo o orçamento público demarcado pelos interesses do capital financeiro. A Emenda Constitucional 95 é utilizada pela burguesia como ferramenta de saída, uma ferramenta perversa que se deu a partir do golpe de Estado numa situação de crise estrutural, propondo um novo regime fiscal onde consolida a espoliação do fundo público pelo capital.

### **CAPÍTULO 3**

#### **A E.C 95 E A DECADÊNCIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS**

##### **3.1 ENTENDENDO A EMENDA CONSTITUCIONAL 95**

A E.C 95 de 2016, composta de 3 (três) artigos, visa alterar o ato das disposições constitucionais transitórias (ADCT), para instituir o denominado “novo regime fiscal” (NRF) e dá outras providências.

O “novo regime fiscal” é instituído pelo acréscimo dos art. 106 a 114 ao ato das disposições constitucionais transitórias (ADCT) pelo art. 1º da E.C. Esse novo regime fiscal é complementado com a revogação do art. 2º da emenda constitucional nº 86, de 17 de março de 2015, promovida pelo art. 3º da EC e o artigo 2º veicula a cláusula de vigência imediata da emenda constitucional.

Assim sendo, o primeiro aspecto de grande relevância do NRF é o seu aspecto temporal. O art.101 estabelece que ele vigorará por vinte exercícios financeiros. O segundo aspecto a ser considerado é que sua abrangência onde se limita ao âmbito da União.

Art. 106. Fica instituído, para todos os Poderes da União e os órgãos federais com autonomia administrativa e financeira integrantes dos Orçamento Fiscal e da Seguridade Social, o Novo Regime Fiscal, que vigorará por vinte exercícios financeiros, nos termos dos art. 107 a art. 114 deste Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (E.C 95/2016)

O art. 107, ele se estende em 11 parágrafos que são essenciais para compreender as matérias legais da E.C 95. Neste sentido, será analisado tais parágrafos. Este artigo estabelece, para cada exercício financeiro, limites individualizados para as despesas primárias – que são as despesas que excluem os pagamentos de juros – dos seguintes poderes e órgãos: do poder executivo (inciso I); do supremo tribunal federal; do superior tribunal de justiça; do conselho nacional de justiça; da justiça do trabalho; da justiça federal; da justiça militar da união; da justiça eleitoral; e da justiça do distrito federal e territórios, no âmbito do poder judiciário (inciso II); do senado federal; da

câmara dos deputados; e do tribunal de contas da união (TCU), no âmbito do poder legislativo (inciso III); do ministério público da União e do Conselho Nacional do Ministério Público (inciso IV); e da defensoria pública da União (inciso v).

“Art. 107. Ficam estabelecidos, para cada exercício, limites individualizados para as despesas primárias:

I - do Poder Executivo;

II - do Supremo Tribunal Federal, do Superior Tribunal de Justiça, do Conselho Nacional de Justiça, da Justiça do Trabalho, da Justiça Federal, da Justiça Militar da União, da Justiça Eleitoral e da Justiça do Distrito Federal e Territórios, no âmbito do Poder Judiciário;

III - do Senado Federal, da Câmara dos Deputados e do Tribunal de Contas da União, no âmbito do Poder Legislativo;

IV - do Ministério Público da União e do Conselho Nacional do Ministério Público; e

V - da Defensoria Pública da União. (E.C 95/ 2016)

A implantação desse novo regime fiscal abrange os Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União. A EC 95/2016 não impõe, ao menos diretamente, limites aos Estados, ao DF e aos Municípios.

Já o inciso I do § 1º do artigo 107 estabelece o quantitativo dos limites das despesas primárias equivalentes, para o exercício de 2017, à despesa primária paga no exercício de 2016, incluídos os restos a pagar pagos e demais operações que afetam o resultado primário, corrigida em 7,2%. Tal percentual de correção equivale à taxa de inflação presente em 2016.

O resultado primário é definido pela diferença entre receitas e despesas do governo, excluindo-se da conta as receitas e despesas com juros. Caso essa diferença seja positiva, tem-se um “superávit primário”; caso seja negativa, tem-se um “déficit primário.

§ 1º Cada um dos limites a que se refere o *caput* deste artigo equivalerá:

I - para o exercício de 2017, à despesa primária paga no exercício de 2016, incluídos os restos a pagar pagos e demais operações que afetam

o resultado primário, corrigida em 7,2% sete inteiros e dois décimos por cento (E.C 95/ 2016).

Em 2017, o limite de gastos aplicável a cada poder/órgão antes citado será o valor executado para pagamento das despesas primária no exercício de 2016, incluídos os restos a pagar pagos e demais operações que afetam o resultado primário, corrigido em 7,2% (sete inteiros e dois décimos por cento).

Para os exercícios posteriores, o limite de gastos aplicável a cada poder/órgão será o do exercício imediatamente anterior, corrigido pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA, publicado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou de outro índice que vier a substituí-lo, para o período de doze meses encerrado em junho do exercício anterior a que se refere a lei orçamentária.

Definido o âmbito de abrangência subjetiva da norma, o § 1º do art.107 será subdividido em dois incisos, onde cuida de definir os limites a serem aplicados nos vinte exercícios financeiros durante o qual o NRF vigorará. O parágrafo 1º, ora em tela, se encarregou de ensinar como será estabelecido o limite de gastos.

Anualmente o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) faz a publicação do chamado índice nacional de preços ao consumidor amplo. Este índice é utilizado como forma de medir oficialmente a inflação do país. Ele mede o custo de vida de famílias com renda mensal de 01 a 40 salários mínimos, que residem nas regiões metropolitanas de diferentes capitais do país.

O índice nacional de preços ao consumidor (IPCA) é essencial para estabelecer o limite de gastos para o exercício financeiro vigente. Assim sendo, para obter o valor do teto anual, analisar-se-á o valor correspondente estipulado para o ano anterior (onde vai constar na lei de diretrizes orçamentárias do respectivo exercício), corrigido conforme a inflação indicada pelo IPCA.

O inciso I serve como exemplo: para 2017, o limite de gastos com despesas primárias será o valor correspondente em 2016.

O inciso II do § 1º determina para os demais 19 (dezenove) exercícios financeiros, o limite das despesas primárias equivalerá ao valor do limite referente ao exercício imediatamente anterior, corrigido pela variação do índice Nacional de preços ao consumidor amplo – IPCA, que é publicado pelo IBGE, para o período de 12 meses encerrado em junho do exercício anterior a que se refere a lei orçamentária. Caso não haja mais a publicação anual do IPCA, outro índice poderá substituí-lo, conforme redação do § 1º, II do artigo. 102. Nesse último caso, será adotada a variação do IPCA

de julho de um ano a junho do ano seguinte. Por exemplo: para o limite de 2018, será adotada a variação de julho de 2016 a junho de 2017. E assim sucessivamente para os demais exercícios.

II - para os exercícios posteriores, ao valor do limite referente ao exercício imediatamente anterior, corrigido pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA, publicado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou de outro índice que vier a substituí-lo, para o período de doze meses encerrado em junho do exercício anterior a que se refere a lei orçamentária. (E.C 95/ 2016).

O limite de despesas primárias em um exercício, em síntese, será a resultante do limite referente ao exercício imediatamente anterior corrigido pelo índice indicado que apura a variação da inflação no período indicado.

O § 2º do artigo 102 prescreve que os limites a serem observados pela câmara dos deputados (art.51, *caput*, inciso IV, da CF), pelo senado Federal (art.52, *caput*, inciso XIII, da CF), pelos tribunais que integram o poder judiciário (art. 99, § 1º, da CF), pelo ministério público (art. 127, § 3º, da CF) e pela defensoria pública da união (art.134, § 3º, da CF) na elaboração de suas respectivas propostas orçamentárias, não poderão ser superiores aos estabelecidos nos termos deste artigo.

§ 2º Os limites estabelecidos na forma do inciso IV do *caput* do art. 51, do inciso XIII do *caput* do art. 52, do § 1º do art. 99, do § 3º do art. 127 e do § 3º do art. 134 da Constituição Federal não poderão ser superiores aos estabelecidos nos termos deste artigo (E.C 95/ 2016).

Tais dispositivos constitucionais mencionados preveem que a elaboração da proposta orçamentária anual desses órgãos deverá observar os limites estabelecidos na respectiva lei de diretrizes orçamentárias. Assim sendo, observa-se que inexistirá qualquer margem para discursão e fixação de novos limites máximos para as despesas desses órgãos, tendo incluso as despesas com pagamento de remunerações e aposentadorias e pensões de seus servidores, no âmbito das leis de diretrizes orçamentárias anuais, eis que os limite máximos para as despesas primárias serão os

fixados nos incisos I e II do § 1º do art. 107, acrescido ao ADCT pelo art. 1º da E.C 95, de 2016.

Os §§ 3º e 4º do art. 107 vem materializar esse entendimento quando se tratar da lei orçamentária anual, estabelecendo assim, no § 3º que a mensagem que encaminhar o projeto de lei orçamentária demonstrará os valores máximos de programação compatíveis com os limites individualizados calculados na forma do § 1º deste artigo, observados os §§ 7º a 9º deste artigo. Já o § 4º dispõe que as despesas primárias, autorizadas na lei orçamentária anual, sujeitas aos limites de que trata este artigo, não poderão exceder os valores máximos demonstrados nos termos do § 3º do mesmo artigo.

§ 3º A mensagem que encaminhar o projeto de lei orçamentária demonstrará os valores máximos de programação compatíveis com os limites individualizados calculados na forma do § 1º deste artigo, observados os §§ 7º a 9º deste artigo.

§ 4º As despesas primárias autorizadas na lei orçamentária anual sujeitas aos limites de que trata este artigo não poderão exceder os valores máximos demonstrados nos termos do § 3º deste artigo (E.C 95/ 2016).

O § 5º do art. 107 tem como objetivo eliminar a possibilidade de extrapolação do limite fixado ao vedar a abertura de crédito suplementar ou especial que amplie o montante total autorizado de despesa primária sujeita aos limites de que trata o artigo.

§ 5º É vedada a abertura de crédito suplementar ou especial que amplie o montante total autorizado de despesa primária sujeita aos limites de que trata este artigo (E.C 95/ 2016).

O parágrafo 6º do artigo 107 trata das execuções do Novo Regime Fiscal –NRF e dispõe que não se incluem na base de cálculo e nos limites estabelecidos as transferências constitucionais estabelecidas pelos artigos 20, § 1º (royalties da exploração do petróleo, de recursos hídricos para a geração de energia elétrica e de outros minerais devidos aos Estados, Distrito Federal, Municípios e órgãos da administração direta da União); art. 146, parágrafo único, inciso III (distribuição de recursos que cabem aos entes federados em face da centralização e unificação do



reconhecimento de impostos e contribuições no regime de tratamento diferenciado e favorecido às microempresas e empresas de pequeno porte; art. 153, § 5º (transferência da parte que cabe aos Estados, Distrito Federal e Municípios dos recursos arrecadados com a tributação do ouro como ativo financeiro ou instrumento cambial); art. 157 (participação dos Estados e do Distrito Federal na arrecadação de recursos de impostos de competência da União); art. 158, incisos I e II (participação dos Municípios na arrecadação de recursos de impostos da competência da União); art. 159 (recursos da União distribuídos ao Fundo de Participação dos Estados e do Distrito Federal e Fundo de participação dos municípios); art. 212, § 6º (cotas estaduais e municipais da arrecadação da contribuição social do salário-educação); e as despesas referentes ao art. 21, caput, inciso XIV (fundo constitucional do Distrito Federal), todos da Constituição, e as complementações de que trata o art. 60, *caput*, incisos V e VII (complementação pela União dos valores mínimos por aluno no âmbito do FUNDEB), do ato das disposições constitucionais transitórias (inciso I)

§ 6º Não se incluem na base de cálculo e nos limites estabelecidos neste artigo:

I - transferências constitucionais estabelecidas no § 1º do art. 20, no inciso III do parágrafo único do art. 146, no § 5º do art. 153, no art. 157, nos incisos I e II do art. 158, no art. 159 e no § 6º do art. 212, as despesas referentes ao inciso XIV do *caput* do art. 21, todos da Constituição Federal, e as complementações de que tratam os incisos V e VII do *caput* do art. 60, deste Ato das Disposições Constitucionais Transitórias; (E.C 95/ 2016)

Não se submetem, também, às balizas do NRF, conforme o disposto no inciso II do § 6º do art. 107, os créditos extraordinários a que se refere o art. 167, § 3º (despesas imprevíveis e urgentes), da Constituição.

II - créditos extraordinários a que se refere o § 3º do art. 167 da Constituição Federal; (E.C 95/ 2016)

Da mesma forma, estão excluídas as despesas não recorrentes da Justiça Eleitoral com a realização de eleições (inciso III) e por fim, são retiradas do âmbito de

abrangência do NRF as despesas com aumento de capital de empresa estatais não dependentes (incisos IV)

III - despesas não recorrentes da Justiça Eleitoral com a realização de eleições; e

IV - despesas com aumento de capital de empresas estatais não dependentes (E.C 95/ 2016).

O § 7º estabelece que nos três primeiros exercícios financeiros da vigência do Novo Regime Fiscal, o poder executivo poderá compensar com redução equivalente na sua despesa primária, consoante os valores estabelecidos no projeto de lei orçamentária encaminhado pelo poder executivo no respectivo exercício, o excesso de despesas primárias em relação aos limites de que tratam os incisos II a V (Poder judiciário federal, congresso Nacional, Ministério Público da União e Defensoria Pública da união) do *caput* deste artigo.

§ 7º Nos três primeiros exercícios financeiros da vigência do Novo Regime Fiscal, o Poder Executivo poderá compensar com redução equivalente na sua despesa primária, consoante os valores estabelecidos no projeto de lei orçamentária encaminhado pelo Poder Executivo no respectivo exercício, o excesso de despesas primárias em relação aos limites de que tratam os incisos II a V do *caput* deste artigo (E.C 95/ 2016).

O § 8º prevê que a compensação prevista no §7º não excederá a 0,25% (vinte e cinco centésimos por cento) do limite do poder executivo.

§ 8º A compensação de que trata o § 7º deste artigo não excederá a 0,25% (vinte e cinco centésimos por cento) do limite do Poder Executivo (E.C 95/ 2016).

O § 9º dispõe que, respeitado o somatório em cada um dos incisos de II a IV do *caput* deste artigo, a lei de diretrizes orçamentaria poderá dispor sobre a compensação entre os limites individualizados dos órgãos elencados em cada inciso.

§ 9º Respeitado o somatório em cada um dos incisos de II a IV do *caput* deste artigo, a lei de diretrizes orçamentárias poderá dispor

sobre a compensação entre os limites individualizados dos órgãos elencados em cada inciso (E.C 95/ 2016).

O § 10 estipula que para fins de verificação do cumprimento dos limites de que trata este artigo, serão consideradas as despesas primárias pagas, incluídos os restos a pagar pagos e demais operações que afetam o resultado primário no exercício.

§ 10. Para fins de verificação do cumprimento dos limites de que trata este artigo, serão consideradas as despesas primárias pagas, incluídos os restos a pagar pagos e demais operações que afetam o resultado primário no exercício (E.C 95/ 2016).

Por fim, o § 11 do art. 102 prevê que o pagamento de restos a pagar inscritos até 31 de dezembro de 2015 poderá ser excluído da verificação do cumprimento dos limites de que trata este artigo, até o excesso de resultado primário dos orçamentos fiscal e da Seguridade Social do exercício em relação à meta fixada na lei de diretrizes orçamentária.

§ 11. O pagamento de restos a pagar inscritos até 31 de dezembro de 2015 poderá ser excluído da verificação do cumprimento dos limites de que trata este artigo, até o excesso de resultado primário dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social do exercício em relação à meta fixada na lei de diretrizes orçamentárias (E.C 95/ 2016).

Segundo o art. 111, a partir do exercício financeiro de 2018, até o último exercício de vigência do Novo Regime Fiscal, a aprovação e a execução previstas nos §§ 9º e 11 do art. 166 da Constituição Federal (“orçamento impositivo” para as emendas individuais) corresponderão ao montante de execução obrigatória para o exercício de 2017, corrigido pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA.

Art. 111. A partir do exercício financeiro de 2018, até o último exercício de vigência do Novo Regime Fiscal, a aprovação e a execução previstas nos §§ 9º e 11 do art. 166 da Constituição Federal corresponderão ao montante de execução obrigatória para o exercício de 2017, corrigido na forma estabelecida pelo inciso II do § 1º do art.

107 deste Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. (E.C 95/2016)

O art. 113 do ADCT prevê que a proposição legislativa que crie ou altere despesa obrigatória ou renúncia de receita deverá ser acompanhada da estimativa do seu impacto orçamentário e financeiro.

Art. 113. A proposição legislativa que crie ou altere despesa obrigatória ou renúncia de receita deverá ser acompanhada da estimativa do seu impacto orçamentário e financeiro (E.C 95/2016).

Já o artigo 114 do ADCT estabelece que a tramitação de proposição elencada no caput do art. 59 da Constituição Federal, ressalvada a referida no seu inciso V (medida provisória), quando acarretar aumento de despesa ou renúncia de receita, será suspensa por até vinte dias, a requerimento de um quinto dos membros da Casa, nos termos regimentais, para análise de sua compatibilidade com o Novo Regime Fiscal.

Art. 114. A tramitação de proposição elencada no *caput* do art. 59 da Constituição Federal, ressalvada a referida no seu inciso V, quando acarretar aumento de despesa ou renúncia de receita, será suspensa por até vinte dias, a requerimento de um quinto dos membros da Casa, nos termos regimentais, para análise de sua compatibilidade com o Novo Regime Fiscal (E.C 95/2016).

O último, artigo 3º, revoga o art. 2º da Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015, *Art. 3º Fica revogado o art. 2º da Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015*, onde retira o teto mínimo de repasse para a saúde.

### **3.2 O QUE ESTA POR TRÁS DA E.C 95?**

O segundo governo Dilma deu início a um ajuste contracionista, onde envolve estratégias econômicas do candidato até então derrotado no pleito de 2014. Esse ajuste contracionista traria a ideia de que isto levaria ao crescimento, tendo apenas um curto

período recessivo necessário para retomar a confiança nas políticas de Estado. Com isso, a agenda traz como ponto central a recuperação das contas públicas, sendo que o ajuste fiscal é o principal instrumento (ROSSI e MELLO 2017).

De acordo com Pedro Rossi e Guilherme Mello (2017) em uma economia fragilizada, o ajuste fiscal colocado em prática contribui para jogar o país no círculo vicioso da austeridade<sup>8</sup>.

Em uma economia já fragilizada, o ajuste fiscal colocado em prática contribuiu para jogar o país no círculo vicioso da austeridade, em que cortes do gasto público induzem à redução do crescimento, a qual provoca nova queda da arrecadação, que, por sua vez, exige novos cortes de gasto. (Pedro Rossi e Guilherme Mello 2017)

Assim, em 2015, teve um esforço do governo com o objetivo de reduzir as despesas, tendo uma queda de 2,9 do gasto primário federal, as receitas despencaram 6% e o déficit ficou ainda maior, evidenciando o caráter contraproducente do ajuste. Houve também uma queda nos investimentos públicos de 41,1% no nível federal, o gasto do custeio caiu 5,3%, e o governo não logrou a melhoria dos agentes econômicos. Tendo assim, uma piora na economia e as expectativas se deterioraram, mesmo com todos os cortes dos gastos (ROSSI e MELLO 2017).

O impacto econômico foi extremamente perverso resultando em uma taxa de desemprego que praticamente dobrou em dois anos (medido pela pesquisa nacional por amostra de domicílio continua – PNADC), passando de 6,4 % em dezembro de 2014 para 12% em dezembro de 2016, essa fragilização do mercado de trabalho acaba contribuindo para a contenção dos aumentos salariais e cumpre um papel semelhante a inflação: tendo a perca dos salários reais (ROSSI e MELLO 2017).

O golpe político foi aplicado dentro de um cenário de grande aumento da inflação, do desemprego e com relevantes degradações econômicas. Em um ambiente de rápida degradação social e econômica, os economistas, que até então recomendaram as políticas austeras, passaram a sugerir a condução de Michel Temer à presidência, com o argumento de que ele traria a estabilidade e a efetividade dessas políticas e resolveria a crise do Brasil.

---

<sup>8</sup> Em economia, a **austeridade** significa rigor teórico no controle de gastos. Uma política de **austeridade** é requerida quando o nível do déficit público é considerado insustentável e é implementada através do corte de despesas.

Assim, dá para começar a perceber que por trás de grandes tomadas de decisões há interesses voltados para um determinado grupo de pessoas, pois os economistas aplicaram tais medidas no governo Dilma, e tais medidas não obtiveram sucesso, pelo contrário, aumentou a inflação, o desemprego, e as degradações econômicas. E agora vem esses mesmo economistas apoiar um golpe político, com a argumentação de que Temer trará a efetividade dessas políticas, resolvera a falta de recursos e a crise do país, isso é no mínimo estranho.

Assim sendo, Pinto (2016) afirma que não se pode admitir a falta de recursos como argumento capaz de legitimar a pretensão do Estado em se desvincular de suas obrigações constitucionais para com o pacto civilizatório contido na noção de dignidade da pessoa humana e no título da ordem social da constituição cidadã<sup>9</sup>.

Observa-se que além de interesses internos é importante atentarmos para propostas enganadoras que vem com falácias que trará benefícios para a sociedade e que recuperará a economia do país, voltando a gerir e aumentando os empregos, sendo que o objetivo real é beneficiar apenas um seleto grupo de pessoas e manter políticas neoliberais.

De acordo com Moura (2013), o neoliberalismo configura-se como uma das expressões da crise capitalista, pois é aonde organiza estratégias para redefinição e reação a crise, acabando por refletir no campo político, econômico, cultural e social.

Foi exatamente o que aconteceu com o Brasil: diante de uma desarmonia entre os poderes, impõe uma agenda neoliberal, de caráter radical tendo como princípios e objetivos transformar e desconfigurar rapidamente os princípios e a natureza do Estado Brasileiro e da Constituição de 1988.

Temer assumiu a presidência com o objetivo de terceirizar a gestão econômica para os portas-vozes do novo projeto econômico, fazendo parte dentro de um cenário conturbado e formado por um congresso extremamente conservador, com interesses em torno de projetos econômico neoliberal, fortalecidos pela crise econômica e por um sentimento de insatisfação generalizado.

Desta forma e mediante a um acordo frágil, as elites aceitam o escárnio e o desmonte dos direitos, atuando em várias frentes, imprimindo urgência e celeridade às reformas.

---

<sup>9</sup> A "Constituição Cidadã", assim chamada a Constituição Federal de 1988, registra o maior período de vida democrática no Brasil desde 1946. Disponível em: [http://www2.camara.leg.br/atividadelegislativa/legislacao/Constituicoes\\_Brasileiras/constituicao-cidada](http://www2.camara.leg.br/atividadelegislativa/legislacao/Constituicoes_Brasileiras/constituicao-cidada)

A E.C 95 foi a primeira grande reforma do regime fiscal que traz consigo a orientação do novo projeto de país, que prevê a limitação dos gastos públicos por vinte anos, fato internacionalmente inédito e que gerou grandes manifestações e ocupações pelo país. O seu artigo 1º altera o Ato das disposições constitucionais transitórias:

Art. 1º O Ato das Disposições Constitucionais Transitórias passa a vigorar com as seguintes alterações:

Art. 101. Fica instituído, para todos os Poderes da União e os órgãos federais com autonomia administrativa e financeira integrantes dos Orçamento Fiscal e da Seguridade Social, o Novo Regime Fiscal, que vigorará por vinte exercícios financeiros, nos termos dos art. 107 a art. 114 deste Ato das Disposições Constitucionais Transitórias.” (E.C 95/ 2016)

Logo no primeiro artigo a ser adicionado na PEC traz o motivo da grande insatisfação popular que resultou em manifestações, ocupações e atos contrários frente a esta proposta de emenda constitucional.

Vejamos:

para todos os Poderes da União e os órgãos federais com autonomia administrativa e financeira integrantes dos Orçamento Fiscal e da Seguridade Social, o Novo Regime Fiscal, que vigorará por 20 exercícios financeiros (E.C 95/ 2016)

O ato das disposições constitucionais transitórias - ADCT, tinha em seu artigo 77 da Constituição Federal, norma para vigência até 2004, diferentemente do que foi instituído no atual NRF pela E.C, vinha no sentido de que houvesse maior investimento, posicionava um mínimo, já na E.C é colocado um máximo.

Vejamos:

Art. 77. Até o exercício financeiro de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes:

I – no caso da União: no ano 2000, o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999 acrescido de, no mínimo, cinco por cento; do ano 2001 ao ano 2004, o valor

apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB;

II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, doze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; e

III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, quinze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º (BRASIL, 1988).

Desta forma entende-se as motivações de tais retaliações. De acordo com Pinto (2016), embora, no senso comum, a E.C pretenda designar, como teto global para os gastos públicos, tal medida é operada por medidas de ajuste fiscal seletivo e incompleto.

Diante de cortes evidentes, Michel Temer juntamente com sua equipe, tiraram também a total responsabilidade da União de acordo com o Art. 112º:

Art. 112. As disposições introduzidas pelo Novo Regime Fiscal:  
I - não constituirão obrigação de pagamento futuro pela União ou direitos de outrem sobre o erário (E.C 95/ 2016).

Com isso, se faltar aumento, a administração pública tem que procurar qualquer outro órgão que não seja a União.

E para finalizar, vem o corte do SUS que se apresenta no art. 3º:

Art. 3º Fica revogado o art. 2º da Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015 (E.C 95/ 2016)

Do que trata a Emenda constitucional Nº 86 de 17 de março de 2015 em seu artigo 2º, que alterou o artigo 198 da Constituição Federal da República Federativa do Brasil?

## SEÇÃO II



## **DA SAÚDE**

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:

I - no caso da União, a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15% (quinze por cento);

II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;

III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º (BRASIL, 1988)

Já na emenda constitucional Nº 86 de 2015:

Art. 2º O disposto no inciso I do § 2º do art. 198 da Constituição Federal será cumprido progressivamente, garantidos, no mínimo:

I - 13,2% (treze inteiros e dois décimos por cento) da receita corrente líquida no primeiro exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional;

II - 13,7% (treze inteiros e sete décimos por cento) da receita corrente líquida no segundo exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional;

III - 14,1% (quatorze inteiros e um décimo por cento) da receita corrente líquida no terceiro exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional;

IV - 14,5% (quatorze inteiros e cinco décimos por cento) da receita corrente líquida no quarto exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional;

V - 15% (quinze por cento) da receita corrente líquida no quinto exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional (BRASIL, 1988).

Assim sendo, pode se observar que havia também um teto mínimo de repasse para a saúde, sendo que a emenda constitucional, vem para retirar esse teto mínimo, que no cenário atual já é absolutamente precário e, dessa forma, retira também a obrigatoriedade da União perante um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo.

De acordo com Pinto (2016) tal mudança no custeio da saúde, levará a sociedade brasileira a experimentar, em um curto espaço de tempo, a paulatina conversão dos pisos que amparam direitos fundamentais em volumes cada vez mais significativos de precatórios judiciais. Ainda de acordo com a autora, menor vinculação orçamentaria trará maior litigância na busca pela efetividade de direitos.

Com isso, a aplicação mínima em saúde e educação deve ser proporcionalmente progressivo, em face do estabelecimento da economia e da expansão dos níveis de arrecadação pelo Estado. Com a E.C, há uma controvérsia, pois no lugar de ter uma progressão é estabelecido um teto máximo que não pode ser extrapolado.

Assim sendo, pode se observar que a aplicabilidade do ajuste fiscal é seletiva e incompleta, na medida em que desconhece a necessidade de avançar na gestão de forma mais equitativa e racional das políticas pública.

O fato da Emenda Constitucional 95 assegurar tão somente correção monetária a partir de 2018, para aplicações mínimas nos serviços públicos de saúde e educação, acaba por agravar o cenário de iniquidade.

A estagnação, em termos nominais da despesa primária global da União e sobretudo de gastos mínimos em saúde e educação contida nesse teto, será tão mais destacada quanto maior for a expansão da arrecadação, em cenário de retomada da atividade econômica do país, ao longo dos 20 anos para os quais a E.C foi projetada. (PINTO, 2016).

Tais medidas da E.C 95 que intervém de maneira grave e desproporcional acabam por recair na perca dos direitos fundamentais, com a justificativa de tentativa de superação a crises fiscais e econômicas ditas incontrolláveis por outras vias.

Quanto a isso, Pinto (2016) trará que nenhum ajuste fiscal se sustenta com a pura e simples discriminação entre despesas primárias e despesas financeiras, não sendo admissível a mitigação dos pisos da saúde e educação, em face das exceções estritamente discricionárias e aleatórias.

O ato das disposições transitórias – ADCT e suas transitoriedades não podem simplesmente ferir de morte o texto permanente da Constituição. É necessário observar e pensar o conflito das distribuições dos orçamentos públicos ainda mais no que se refere aos cortes de despesas de políticas públicas, que consequentemente estará também cortando direitos conquistados na Constituição Federal.

De acordo com Pinto (2016) só é possível pensar o conflito distributivo, ampliando a conformidade do ciclo orçamentário com a Constituição de 1988, ao invés de impor medidas abstratas que nega e retira dos direitos conquistados e a plena eficácia dos direitos fundamentais.

A E.C 95 tem provocado forte debates na sociedade, sua radicalidade de forma lenta e gradual tende a impactar muitos componentes das políticas públicas, gerando posicionamentos contrários e favoráveis que, de modo geral, têm diferido na forma em que são expostos.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Desde a colonização até a constituição de 1988 houve várias mudanças no se refere a proteção à saúde no Brasil. Tais mudanças dizem respeito aos esforços de implantação de uma democracia caracterizada pela conquistas de direitos de todos ao acesso incondicional e inegável a bens e serviços de saúde que foram conquistados ao longo dos anos. Neste sentido, reportaremos às tentativas intencionadas de retração do direito a saúde da população e a desresponsabilização do Estado em relação a esse segmento, a focalização, a privatização da saúde e o desmonte do SUS.

Nos capítulos 1 e 2 deste trabalho, nota-se que é inegável que a constituição trouxe significativos avanços no ordenamento legal Brasileiro. Mediante toda a conjuntura histórica, a constituição ampliou direitos e corrigiu iniquidades.

O processo de regulamentação das políticas componentes da seguridade social constituiu um processo que envolve conflitos de interesses e fator de desagregação, em um momento em que o Brasil já estava sob um domínio neoliberal (MENDES, 2016).

O Brasil sob um domínio do ideário neoliberal acaba por contribuir para que políticas, inclusive a política pública de saúde tivesse o seu reconhecimento público dificultado. Os conflitos de interesses, os ataques, os embates neoliberais ao SUS começam antes mesmo de sua promulgação na Constituição Federal de 1988 e sua regulamentação pela lei 8080/1990 e continuam até os dias de hoje.

A situação se agrava quando o domínio neoliberal aumenta cada vez mais no País, porque o mesmo é dominado por pensamentos centrados na lógica do mercado, na competitividade privada e no equilíbrio macroeconômico em detrimento da satisfação das necessidades humanas. O capítulo 2, demonstra os aspectos neoliberais no Brasil, trazendo uma análise em cima dessa visão política privatistas, onde reduz e retira direitos até então conquistados.

Hoje, já falta médicos, medicamentos e vacinas, podendo ter assim uma possibilidade de maior deterioração da qualidade da atenção com a E.C 95/ 2016, onde limita os gastos do governo durante 20 anos.

No cenário político, em que se está diante de uma crise política, econômica e um “golpe”, na área da saúde (dentro do SUS), observa-se vários golpes que já vinham se

estruturando e que agora se radicaliza. Um desses golpes, pode alterar os mecanismos do SUS, com a decorrente E.C 95.

Com o ideário neoliberal de “reformas” que estão atrelados a alterações de leis com discursos de que proporcionarão avanços econômicos e sociais, acabam por se efetivarem “reformas” que resultam em sérias consequências para a população brasileira. Tais “reformas” contribuem para fragmentação da Seguridade Social e fragilização no acesso a serviço (MENDES, 2016).

Inicia um processo de desmobilização social por meio de ideologias conformistas e “desmonte” dos direitos sociais, causando efeitos perversos, uma vez que o Estado compartilha suas responsabilidades com setores privados, que se amplia e restringe seus atendimentos para um grupo específico, que são aqueles que podem pagar pelos serviços. Assim, excluindo os indivíduos incapazes de prover sua subsistência.

O SUS possui uma complexa engenharia política diante da federação brasileira. Ele, portanto, tem a possibilidade de articular os três níveis da federação, uma experiência de articular entidades vinculadas a gestores, secretários e cidadãos organizados, elementos também que se estruturam em relação aos seus temas específicos (PAIM, 2009).

As suas identidades integram o complexo econômico e industrial que, portanto, trabalham na perspectiva de milhões de empregos gerados por este complexo, tendo o elenco de serviços prestados de quase 30 anos para a nossa população que tem sido aferido por pesquisas científicas, por projetos de acompanhamento e de avaliação, e quando eles são bem feitos e isentos de qualquer que seja os interesses, não tem dúvida de mostrar a efetividade e o impacto desses quase 30 (trinta) anos de exercício.

De acordo com (J. PAIM; ALMEIDA; L. BAHIA; J. MACINKO, 2011) na história da implementação do SUS pode se observar grandes lutas, de um lado estavam os grupos privados empresariais de serviços ou ligados a indústria farmacêutica, de outro lado, os adeptos da reforma sanitária. A implementação do SUS foi complicada pelo apoio estatal ao setor privado, pela concentração de serviços de saúde nas regiões mais desenvolvidas e pelo subfinanciamento crônico.

A seguridade social representa um conjunto de conquistas da classe trabalhadora na luta histórica por melhorias sociais onde está incluso a saúde como uma dessas melhorias. Com isso, é importante atentar para manobras com discursos que proporcionarão avanços econômicos e sociais, sendo que acabam por efetivarem

prejuízos e o desmonte do tripé da seguridade social onde está: a saúde, previdência e assistência social.

O golpe se revela sobre a base técnica do SUS em que foi construída duramente durante 30 anos, assim como já foi tratado nos primeiros capítulos deste trabalho. Uma base técnica que busca fazer uso racional dos recursos com critérios epidemiológicos e critérios técnicos. Uma construção que foi construída ao longo do tempo, onde não existir mais essa base técnica, pode acarretar em grandes consequências e prejuízos para saúde da população.

Para efeitos deste trabalho o que interessa, é apontar as implicações da EC nº 95 sobre as políticas sociais nacionais, mais especificamente a política de saúde e suas implicações sobre o direito Social à saúde de qualidade.

Com a implantação de uma nova forma de proteção à saúde aparece junto as confrontações de interesses que acaba por reforçar uma polarização entre as necessidades humanas e da rentabilidade econômica. As mudanças formais da constituição de 1988, que traria uma alteração na legislação, na sociedade e nas instituições, encontraram resistências de grupos e que muitas vezes eram apoiadas pelo próprio governo.

A constituição da República, a partir de diversas alterações, sendo que tais alterações muitas vezes não atendem ao interesses da sociedade, acaba sendo desacreditada e até mesmo desrespeitada por governantes, que acaba usufruindo para interesses particulares.

Pode se observar a instauração de reformas e emendas constitucionais conservadoras, iniciada antes mesmo da criação do Sistema Único de Saúde – SUS, caracterizada pela falta de vontade política; a má utilização e a falta de recursos destinados a área; invertidas às ingerências privatistas; e a ineficácia no processo de certificação das atividades que são exercidas pela iniciativa privada.

Com isso, o Estado brasileiro, covardemente e de forma hegemônica dominado pelo neoliberalismo, traz em suas políticas públicas a prestação de serviços de baixa qualidade, focalizando de forma que restringe os atendimentos para pobres, dando espaço para a implementação do setor privado, abrindo assim margens e argumentações para que a saúde seja transformada em mercadoria.

Quando o País é dominado por pensamentos centrados na lógica do mercado, a situação se agrava porque o domínio neoliberal tem como objetivos restringir direitos e aumentar as obtenções de lucros.

Hoje a saúde pública no Brasil está altamente precária, faltando médicos, medicamentos e vacinas, tendo assim a possibilidade de maior desastre com a E.C 95, sendo que limita os gastos do governo durante 20 anos.

Em um cenário de crise econômica, política e um golpe no qual estamos passando, o neoliberalismo aparece segundo Moura (2013, pag. 486) como reação à crise global, abrindo espaços para esse modelo no qual trará a perda dos direitos sociais, acentuando a separação entre o público e o privado. Tais alterações podem resultar na diminuição no processo de atendimento e respostas às demandas impostas ao SUS, diminuindo os direitos até então conquistados.

Nesse sentido, o ajuste neoliberal configura-se como redefinição do âmbito político-institucional. Tais reflexos podem ter alterações no que se refere à saúde do Brasil podendo ter alterações no processo de atendimento e respostas às demandas impostas ao SUS, assim sendo, diminuindo os direitos até então conquistados.

É possível pensar no desmonte de um sistema que foi instituído há quase 30 anos apenas para dar conta de uma crise fiscal? A E.C 95 pode acarretar um desmonte da saúde pública no Brasil. Uma proposta de emenda constitucional que precisa cortar gastos que terá impacto na sociedade, não seguramente daqueles que estão votando, mas um impacto na vida de crianças que dependem de um sistema de saúde de qualidade, jovens e adultos que necessitam do SUS como principal meio para sua sobrevivência.

No contexto de avanço neoliberal observa-se um grande crescimento nos processos de privatizações e redução de direitos no país. Essas circunstâncias têm como efeitos, segundo Behring e Boschetti (2006) uma defasagem entre direito e realidade, aumento da pobreza e da demanda por benefícios e serviços, restrição do acesso universal a bens de consumo coletivos e aos direitos sociais e expansão do mercado direcionado para o cidadão-consumidor.

Nesta perspectiva, a E.C 95, dentro do cenário que o Brasil está, e a possibilidade da oferta do serviço privatizado, pode fazer com que o SUS perca um de seus princípios que é a universalidade dos serviços, passando a ter uma dualidade discriminatória entre os que podem pagar pelo serviço e os que não podem, indo assim de encontro com a hipótese proposta nesta pesquisa, porque favoreceria os interesses da saúde como uma mercadoria.

Com isso, diante de uma crise que se radicaliza com a aprovação da E.C 95, pode-se ter um aumento da demanda pelos serviços públicos, porque até mesmo as pessoas que tinham planos privados de saúde poderão ser empurradas a utilizar os

serviços do SUS, não só pela questão do desemprego, mas até para classe média que já não vai poder pagar os seus planos de saúde sobre tudo individual e familiares. Havendo uma defasagem entre direito e realidade pois de um lado terá o aumento das demandas e do outro terá a diminuição das vias de atendimento para a população

Os desfechos negativos sobre os níveis de saúde da população podem ter um desmonte do excipiente do “Estado de bem-estar social” criado a partir da Constituição de 1988. Pode se dizer que nunca tivemos um Estado de bem-estar social, voltado ao conjunto da população, mas um Estado de bem-estar para o capital onde sempre foi muito atrelado aos seus interesses.

Com a leitura tanto da E.C 95 quanto da Constituição, observa-se que as alterações de artigos e incisos da Constituição na implementação da PEC, podem resultar em percas para a população brasileira não somente limitadas ao mais medico, a farmácia popular, mas, o que está se perdendo é a base técnica do SUS, um modo de interpretar a lei e a forma de intervir sobre ela, fragmentando e fragilizando os serviços.



## REFERÊNCIAS

ALVES, Giovanni. A PEC 241, a contrarreforma neoliberal e a Tragédia de Prometeu, 2016. Disponível em: <https://blogdaboitempo.com.br/2016/10/19/a-pec-241-a-contrarreforma-neoliberal-e-a-tragedia-de-prometeu/> Acesso em 18 de outubro de 2017.

ANTUNES, Ricardo. A desertificação neoliberal no Brasil (Collor, FHC e Lula). Campinas: Autores associados, 2004.

BAHIA, Ligia et al. Planos privados de saúde com coberturas restritas: atualização da agenda privatizante no contexto de crise política e econômica no Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 32, n. 12, e00184516, 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n12/1678-4464-csp-32-12-e00184516.pdf>

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. Política Social: fundamentos e história. São Paulo: Cortez Editora, 2006.

BEVERIDGE, Sir W. O Plano Beveridge: relatório sobre o seguro social e serviços afins. Rio de Janeiro: José Olympio, 1943.

BRESSER-PEREIRA, L. C. Da administração pública burocrática à gerencial. In: L. C; SPINK, P. (Org) *Reforma do Estado e administração pública gerencial*. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas, 1998.

BOSCHETTI, I. Previdência e Assistência: uma unidade de contrários na seguridade social. Universidade e Sociedade Revista da ANDES-SN, Brasília, ANDES-SN, n. 22, 2000.

\_\_\_\_\_. Assistência Social no Brasil: um direito entre originalidade e conservadorismo.

Brasília: GESST/SER/UnB, 2001. (2. ed. rev. ampl. 2003)

\_\_\_\_\_. Seguridade social e projeto ético-político do Serviço Social: que direitos para qual Cidadania? Serviço Social e Sociedade, São Paulo, v. 79, p. 108 - 132, 2004.

\_\_\_\_\_, Maria Inês Souza. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete et al, (Orgs). Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez; OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_, SANTANA, Lucimara D. T; SERRANO, Ana L. M; PEREIRA, Normelia S. Seguridade social pós Constituição Federal 1988: avanços e desafios para

implementação da política. UFMA, Estudante Pós graduação. Hospital das clinicas/ universidade federal de goias (UFGO)

\_\_\_\_\_. Seguridade social e trabalho: paradoxos na construção das políticas de previdência e assistência social. Brasília: Letras Livres/Editora da UnB, 2006.

Seguridade social no Brasil: conquistas e limites a sua efetivação – Acessado em 16 de junho 2017  
[http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/seguridade\\_social\\_no\\_brasil\\_conquistas\\_e\\_limites\\_a\\_sua\\_efetivacao\\_-\\_boschetti.pdf](http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/seguridade_social_no_brasil_conquistas_e_limites_a_sua_efetivacao_-_boschetti.pdf)

BOSCHETTI, I.; SALVADOR, E. da S. Orçamento da seguridade social e política econômica: perversa alquimia. Serviço Social e Sociedade, São Paulo, v. 87, p. 25-57, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Lei n. 8.142, 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área e saúde, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 31 dez. 1990. Seção 1, p. 025694.

BRASIL. Lei n. 8.080, 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as Condições para Promoção e Recuperação da Saúde, a Organização e o Funcionamento dos Serviços Correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 20 set. 1990.

BRASIL, Constituição Federal de 1988.

BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara A. P. (Org.). Política social e democracia. 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002.

COHN, A.; ELIAS, P.E. Saúde no Brasil: políticas e organização dos serviços. 3º ed. São Paulo: Cortez; CEDEC, 1999.

CORDEIRO, H. **Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Ayuri Editorial, 1991. pp.13-14 37, 38, 63, 65.

ESCORSIM, Silvana Maria. Reflexões sobre a política de saúde no Brasil após a constituição de 1988: a caminho do projeto neoliberal? Londrina PR -Junho de 2015.

FABER, Marcos Emilio Ekman. O Desenvolvimento Econômico Brasileiro e a industrialização no período Juscelino Kubitschek. Disponível: [www.historialivre.com](http://www.historialivre.com), desde 2002

GUIMARAES, Reinaldo. A Proposta de Emenda Constitucional 241/2016 e o Sistema Único de Saúde: impactos na pesquisa e na indústria. Cad. Saúde Pública, Rio de

Janeiro , v. 32, n. 12, e00182816, 2016 . Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n12/1678-4464-csp-32-12-e00182816.pdf>

LIPPEL, Alexandre Gonçalves. O direito à saúde na Constituição Federal de 1988: caracterização e efetividade. Disponível em < <http://www.revistadoutrina.trf4.gov.br/>>. Acesso em 13 de setembro 2017

MARQUES, R. M.; MENDES, A. SUS e Seguridade Social: em busca do elo perdido. Saúde e sociedade. Vol. 14. Nº 2 São Paulo. Maio/Agosto de 2005.

MENDES, Áquilas Nogueira. A saúde pública brasileira num universo "sem mundo": a austeridade da Proposta de Emenda Constitucional 241/2016. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 32, n. 12, e00188916, 2016 . <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n12/1678-4464-csp-32-12-e00188916.pdf>

MOTA, Ana Elizabete. Seguridade Social brasileira: Desenvolvimento Histórico e Tendências Recentes. IN: MOTA, et. al. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. 4ª ed. São Paulo: Cortez; Brasília -DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. A centralidade da Assistência Social na Seguridade Social brasileira nos anos 2000. IN: MOTA, Ana Elizabete (org.). O Mito da Assistência Social: ensaios sobre Estado, Política e Sociedade. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2010

\_\_\_\_\_. Maria Aparecida Garcia MOURA; Seguridade Social no contexto neoliberal Brasileiro. Revista eletrônica da faculdade José Augusto Vieira. Ano VI – Nº 8, setembro 2013 – ISSN – 1983 – 1285. p.486

NETTO, J. P. Capitalismo Monopolista e Serviço Social. São Paulo: Cortez, 1992

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS ?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. 148 p. (Coleção Temas em Saúde).

J. PAIM; TRAVASSOS, Claudia; ALMEIDA, Celia; BAHIA, Ligia; MACINKO, James. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Publicado 9 de maio de 2011. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo\\_saude\\_brasil\\_1.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo_saude_brasil_1.pdf)

PEREIRA, P. A. P. A assistência social na perspectiva dos direitos: crítica aos padrões dominantes de proteção aos pobres no Brasil. Brasília: Thesaurus, 1996.

PRATES, Jane Cruz ; As Ameaças do Tempo Presente aos Direitos Conquistados: uma morte anunciada \* Textos & Contextos (Porto Alegre), v.15, n. 2, p. 225-233, ago./dez. 2016

PORTO, M. C. DA S. Cidadania e “(des) proteção social”: uma inversão do Estado Brasileiro ? Serviço Social & Sociedade, nº. 68 São Paulo: Cortez, 2001

PINTO, Élide Graziane. Novo Regime Fiscal e a constitucionalização do contingenciamento das despesas primárias obrigatórias. *Physis*, Rio de Janeiro , v. 26, n. 4, p. 1097-1101, Oct. 2016 . Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/physis/v26n4/1809-4481-physis-26-04-01097.pdf>

PINTO, Elida Graziane. Novo Regime Fiscal e a mitigação dos pisos de custeio da saúde e educação. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 32, n. 12, e00179516, 2016 . Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2016001200503](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016001200503)

PINHEIROS, Manoel Jesus. 20 anos de SUS – Síntese histórica, Conselho Nacional de Saúde, publicado em 18 de dezembro 2008.

ROSSI, Pedro; MELLO, Guilherme. A desconstrução do Estado e dos direitos sociais. Da austeridade ao desmonte: dois anos da maior crise Histórica. 2 de maio de 2017. Disponível em: <http://diplomatie.org.br/da-austeridade-ao-desmonte-dois-anos-da-maior-crise-da-historia/>

ROSSI, Pedro; DWECK, Esther. *Cad. Saúde Pública* 2016;| [www.ensp.fiocruz.br/csp](http://www.ensp.fiocruz.br/csp) Impactos do Novo Regime Fiscal na saúde e educação. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 32, n. 12, e00194316, 2016 . Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n12/1678-4464-csp-32-12-e00194316.pdf>

SADER, Emir. A vingança da história. São Paulo: Boitempo Editorial, 2003.

SALVADOR, E. da S.; BOSCHETTI, I.; A Reforma da Previdência Social no Brasil e os Impactos sobre o Mercado de Trabalho. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, v. 70, p. 114-139, 2002.

VIANA, A. L. D. As políticas de saúde nas décadas de 80 e 90: o (longo) período de reformas. In: CANESQUI, A. M. (Org.). *Ciências Sociais e Saúde para ensino médico*. São Paulo: Hucitec, 2000. p.113-133.

VIANNA, Maria Lucia T.W. ; O processo de americanização da proteção social aos Brasileiros \_ A americanização perversa da seguridade social no Brasil. Rio de Janeiro. Revan 2000